

„Összefogással egy élhetőbb, egészségesebb városért.”

Kisújszállás Város

2009 – 2020 közötti időszakra

2009-ben készült

Egészségfejlesztési tervének

felülvizsgálata

és a 2013-2014-es időszakra

vonatkozó

rövid távú cselekvési terve

*Kisújszállás Város Önkormányzatának Képviselő-testülete elfogadta
110/2013. (III. 26.) számú önkormányzati határozatával*

1. Az egészségfejlesztési terv célja

Az itt megfogalmazottak ma is aktuálisak.

2. A település egészséggel kapcsolatos törvényi kötelezettségei:

Az elmúlt időszakban a Magyar Köztársaság alkotmányáról szóló 1949. évi XX. törvény helyébe **Magyarország Alaptörvénye** lépett, amelynek egészséget érintő részei:

„XVII. cikk

(3) Minden munkavállalónak joga van az egészségét, biztonságát és méltóságát tiszteletben tartó munkafeltételekhez.”

„XX. cikk

(1) Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez.

(2) Az (1) bekezdés szerinti jog érvényesülését Magyarország genetikailag módosított élőlényektől mentes mezőgazdasággal, az egészséges élelmiszerekhez és az ivóvízhez való hozzáférés biztosításával, a munkavédelem és az egészségügyi ellátás megszervezésével, a sportolás és a rendszeres testedzés támogatásával, valamint a környezet védelmének biztosításával segíti elő.”

„XXI. cikk

(1) Magyarország elismeri és érvényesíti mindenki jogát az egészséges környezethez.”

Az **egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény** 152. §-a és 153. §-a lényegesen nem változott meg, az egyik legfőbb új elem, hogy az egészségfejlesztési tevékenységet előtérbe helyezték, amely kapcsán az önkormányzat szerepe együttműködés, támogatás és kezdeményezés. A változások:

152. § módosított 2-3 bekezdései és új (4) bekezdése:

„(2) A települési önkormányzat képviselő-testülete - a kormányrendelet szerinti praxiskezelő által megadott szempontokat figyelembe véve - megállapítja és kialakítja az egészségügyi alapellátások körzeteit. Több településre is kiterjedő ellátás esetén a körzet székhelyét az érintett települési önkormányzatok egyetértésben állapítják meg.

(3) A helyi önkormányzat gondoskodik a tulajdonában és fenntartásában lévő, szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató működtetéséről, illetve a tulajdonában lévő, szakellátási feladat ellátására szolgáló vagyonhoz kapcsolódó - külön törvényben meghatározott - egészségügyi szakellátási feladatok ellátásáról.

(4) Az egészségügyi államigazgatási szerv a (2) bekezdés szerinti alapellátási körzetekről - a települési önkormányzat tájékoztatása alapján - nyilvántartást vezet.”

153. § (1) bekezdés új d) pontja:

„d) együttműködik a lakosságra, közösségekre, családi, munkahelyi, iskolai színterekre irányuló egészségfejlesztési tevékenységekben, valamint támogatja és aktívan kezdeményezi ezeket.”

A helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény helyébe a **Magyarország helyi önkormányzatairól szóló 2011. évi CLXXXIX. törvény** lépett, azonban a régi törvény néhány az önkormányzat feladatait nem érintő része a 2014. évi általános önkormányzati választások végéig hatályban marad.

Az önkormányzatok egészségügyi feladatait már a Magyarország helyi önkormányzatairól szóló 2011. évi CLXXXIX. törvény szabályozza. Az egészségre vonatkozó részek:

„13. § (1) A helyi közügyek, valamint a helyben biztosítható közfeladatok körében ellátandó helyi önkormányzati feladatok különösen:”

„4. egészségügyi alapellátás, az egészséges életmód segítségét célzó szolgáltatások;

5. környezet-egészségügy (köztisztaság, települési környezet tisztaságának biztosítása, rovar- és rágcsálóirtás);”

3. Néhány e tervet megalapozó gondolat

Az Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programjáról szóló 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat ma is hatályos és a benne leírt szakmai megállapítások ma is érvényesek. A gazdasági helyzet romlásával sajnos a határozat által megfogalmazott célok teljes megvalósulása egyre inkább lehetetlenné válik.

4. Kisújszállás Város egészséggel kapcsolatos infrastrukturális, demográfiai, szociális adatai

Ezt a részt teljes terjedelmében átalakítva megismételjük.

4.1. Kisújszállás egészséget befolyásoló környezeti tényezők

Kisújszállás az Alföld középső részén, a Budapest-Debrecen vasútvonal és a 4-es számú főközlekedési út mentén fekszik.

2011-ben uniós támogatású állami beruházás keretében elkészült a 4-es számú főút elkerülő szakasza, így a város környezeti terhelése jelentős mértékben csökkent annak ellenére is, hogy az elkerülő szakasz az uralkodó szélirány felől kerüli meg a várost.

A város ivóvízellátását 17 db mélyfúrású kút biztosítja, a felszín alatti vizek igénybevételével. Befejeződött az uniós támogatással, társulási keretek között megvalósult ivóvízminőség javító program, így a lakosság számára biztosított az egészséges ivóvízellátás.

A város területén kedvező a termálvíz beszerzési lehetősége. A városban gyógyfürdő üzemel.

A város termőterülete 18.074 ha, melyből mintegy 91 %-a szántó. A mezőgazdasági termelés a meghatározó. A város termőterületének talaja több típusba tartozik.

A lakások száma 4.770 db, melynek 100 %-a a villamos hálózatba, 100 %-a az ivóvízvezeték hálózatba bekapcsolt (2009-ben ez csak 85% volt.). A csatornázottság mértéke 84,6 %-os. (2009-ben még csak 80%-os volt a csatornázottság aránya.) Ez a csatornázottsági arány várhatóan nem fog növekedni, mert sok a lakatlan ingatlan, továbbá szintén sok ingatlanon csak kerti csap van, a lakásban nincs víz. A város önálló szennyvíztisztító teleppel rendelkezik. A tisztított szennyvíz befogadója a XXIX. számú belvízelvezető csatorna. A szennyvíziszap szalagprésses víztelenítés után az iszaptározókba kerül deponálásra. Hat hónap pihentetést követően a szennyvíziszap – mezőgazdasági vállalkozókkal történt megállapodás alapján – a vonatkozó jogszabályok szerint és érvényes engedély alapján, mezőgazdasági területeken kerül felhasználásra, talajerő visszapótlásra.

Kisújszállás belvízveszélyes területen található, ezért kedvezőtlen, hogy sok eredetileg talajvíz elleni szigetelés nélküli ház épült a városban az 1970-es évek előtt. Az utólagos talajvíz elleni szigetelések sok esetben nem tökéletesek, vagy a régebbi alászigetelések tönkrementek, ezért sok a nedves, dohos épület. A hátrányos és a halmozottan hátrányos helyzetű lakosság többsége ilyen épületekben lakik.

A korábbi városi hulladéklerakó a külterületen található, míg az azt megelőzően üzemelő a vásártér mellett. A két korábbi hulladéklerakó rekultivációja 2012-ben megtörtént a Karcagi Többcélú Kistérségi Társuláson keresztül uniós forrásból. Üzemeltetője a Kisújszállási Városgazdálkodási Kft. A telep rekultivációja folyamatban van. A kommunális hulladékot a karcagi hulladéktelepre szállítják. A városban 10 gyűjtőszigeten van lehetőség a hulladék szelektív gyűjtésére. Az illegális szemétkerakás folyamatosan problémát okoz.

A városban működik tömegközlekedés, két helyi buszjárat van. A település kisvárosias jellegéből adódóan elterjedt a kerékpáros közlekedés.

4.2. Demográfia

Az **1. melléklet** tartalmazza a célcsoport demográfiai mutatóit.

Egy város népességének jellemzése során fontos tényező a városban élők kor szerinti összetétele, a férfiak és nők aránya, a születések és az elhalálozások száma. A város lakónépessége egyre fogy, kevés gyermek születik, ugyanakkor egyre gyakoribb a korai elhalálozás. A fiatalok gyermekvállalási kedve kicsi, egy vagy két gyermeknél nem szívesen vállalnak többet, melynek főként anyagi okai vannak.

2004-hez képest 9 év alatt 1 123 fővel csökkent a lakosság száma, azaz 8,81%-kal. Öröme adhat okot, hogy a természetes fogyás az elmúlt két évben viszonylag alacsony volt. 2011-ben kevesebben haltak meg, 2012-ben pedig többen születtek, ennek köszönhető a két év alacsony természetes fogyása.

A születések száma 2006. évben volt a legalacsonyabb, 83 fő, ugyanakkor azóta négy évben is meghaladta a 100 főt. Ez a születésszám a lakosságszámhoz képest kevés, a város lakossága nem képes a munkaerejét újratermelni. A halálozások száma változó, a csökkenő tendencia csak viszonylagos, ahogy öregszik a lakosság úgy fog a későbbiekben nőni a halálozások száma. Az adatok alapján átmenetileg mérséklődött a természetes fogyás értéke. A lakosságszám csökkenés gyorsasága önmagában a természetes fogyással nem magyarázható, évente változó létszámban költöznek el a településről, illetve egyre több elköltözött jelentkezik be az új lakóhelyén. Nem jellemző nagyarányú beköltözés a városunkba. A korábbi években főként a Nyírségből néhány roma család a jobb élet reményében megtelepedett nálunk, azonban közülük többen rövid időn belül más városba költöztek, az itt maradók közül sokan még a mai napig sem létesítettek állandó lakóhelyet Kisújszálláson. Az alacsony születésszám önmagában jelentős lakosságszám csökkenést vetít előre. Ez az elköltözéssel párosulva drasztikus méretet ölthet. Ha a születésszám elérné a 150-170 főt, és az elköltözés mérséklődne, akkor a népességszám csökkenés megállna.

A népesség életkor szerinti összetételét vizsgálva is megfigyelhető az előregedés. 2004-ben 21,46%, 2013-ban 17,23 % a 18 év alattiak aránya, ez 4,23%-os csökkenés. 2004-ben 20,57 %, 2013-ban 24,11% a 61 év felettiek aránya, amely 3,54%-os növekedés. A 18-61 év közöttiek aránya kis mértékben nőtt. 2004-ben 57,97%-os, 2013-ban már 58,65%-os arányt képviseltek. Ez 0,68%-os növekedés.

A vizsgált egyes évek túlnyomó részében több fiú született, mint lány. Ez az általános országos tendenciáknak felel meg. Természetes körülmények között mindig több fiúgyermek születik, de gyermek –, és fiatal felnőtt korban a férfiak és nők aránya kiegyenlítődik. Ez a fiúgyermekes esendőségével magyarázható, csecsemő és kisgyermekkorban az ő halálozási arányuk jelentős mértékben meghaladja a leánygyermekét. A két nem egyenlő aránya egészen 59 éves korig jellemző, viszont 60 év fölött ugrásszerűen megnő a nők száma a férfiakéhoz viszonyítva. A 60 év fölötti korcsoportban a nők aránya körülbelül 60%, a férfiaké körülbelül 40% az összlakosság tekintetében, ezért sok az egyedül élő idős özvegyasszony.

A házasságkötések száma változó, de a 9 éves időintervallumon belül csökkenő tendenciát mutat. A fiatalok körében népszerű az élettársi viszony, egyre több pár rendezi születendő gyermekének családi jogállását apai elismerő nyilatkozattal.

Az adatokból ugyan nem derül ki, de megállapítható, hogy a 18 és 59 év közötti kisújszállási állandó lakóhellyel rendelkező lakosok egy jelentős része életvitelszerűen nem Kisújszálláson tartózkodik. Sok fiatal felsőoktatásban vesz részt, és sokan nagyobb városban, vagy a fővárosban vállalnak munkát, ahol ismerősnél, rokonoknál vagy albérletben tartózkodnak, ezért nem akarnak, vagy nem tudnak ott állandó lakosként bejelentkezni. A diplomát szerző fiatalok ritkán térnek haza, a nagyobb városokban, régióközpontokban találják meg boldogulásukat, vagy külföldre távoznak nyelvtanulás és munkavállalási céllal.

Megjósolható, hogy a fiatal korosztály elvándorlásával tovább folytatódik Kisújszálláson a népességcsökkenés, az itt maradó lakosság összetételében pedig túlnyomó többségben lesznek az idősebb korcsoport tagjai.

4.3. Életminőséget befolyásoló társadalmi tényezők

Az **2. melléklet** adataiból jól látható, hogy 2010-ig alapvetően nőtt a regisztrált munkanélküliek száma, amely szezonálisan változik, ez a változás a mezőgazdaság és a feketegazdaság időszaki jellegéből adódik. 2011-ben és 2012-ben alapvetően csökkent a regisztrált munkanélküliek száma. A 2010-es év a tartósan munka nélkül lévők számában is egy csúcsot jelentett, amely azóta jelentős mértékben csökkent.

Az elmúlt évek során nőtt azoknak a személyeknek a száma, akik – a garantált bér és a helyben végezhető munka miatt - szívesen vesznek részt az önkormányzat által szervezett foglalkoztatásban. Továbbá a jogszabályi feltételek miatt sok tartósan munka nélkül lévő is rákényszerült, hogy közmunkában részt vegyen. Az egy éven túl munkanélküliek számának csökkenése azért is örömdetes, mert a hosszú munkanélküliséget megszakító közmunka programok mentálisan megerősítik az egyénben, hogy rá szükség van és tud értékteremtő munkát végezni, így azok az emberek akik tudnak és hajlandóak dolgozni nem épülnek le mentálisan. Természetesen vannak, akik a munkához való hozzáállásuk miatt kikerültek a közmunka programokból, ők azok akik valószínűleg „elveszték” a munkaerőpiac számára.

A **3. melléklet** 2011. évi közmunka 400 fős létszáma rendkívül kiugró. Ebben az évben 355 főt foglalkoztattunk 2-4 hónapos időtartamban. A 2012. évben ismét a korábbi évekhez hasonlóan hosszabb lett a közmunka időtartama. A kormányzat így állította meg a tartósan munka nélkül lévők számának növekedését és így próbálta meg sok munkanélküli munkavégző képességét, egyúttal mentális állapotát megőrizni. Ezt követően ismét a hosszabb időtartamú közfoglalkoztatások jellemzők a 2011. előtti évekhez képest nagyobb létszámmal.

A foglalkoztatottak számáról sajnos települési szintű adatunk nincs, csak kistérségi adat a **4. mellékletben**. Ez alapján sok ember munkavégzéséről nincs tudomásunk, ezért ők azok akik:

- szakképzésben, vagy felsőoktatásban tanulnak,
- megváltozott munkaképességűk (rokkantnyugdíjasok, rehabilitációs járadékosok, stb.),
- egyéb ellátásban részesülnek,
- illetve nem munkavégzésből származó fekete jövedelemből élnek, vagy olyan munkahelyen dolgoznak, ahol nem jelentették be őket.

Az aktív korúak számához képest magasra becsülhető az egészségi okból munkaképtelenek, vagy megváltozott munkaképességűek száma.

Az **5. melléklet táblázataiból** kiderül, hogy a családtámogatási rendszer 2006-os átalakítása érintette a rendszeres gyermekvédelmi támogatást is. A támogatást beillesztették a családi pótlék összegébe, ezáltal a szülők magasabb összegű családi pótlékot kapnak gyermekeik után. A rendszeres gyermekvédelmi támogatás helyett bevezetésre került a rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény, amely nem jár rendszeres pénzellátással. A kedvezményre jogosult családok csupán évente két alkalommal kapnak pénzbeli támogatást. A rendszeres gyermekvédelmi kedvezményre való jogosultság megállapításának célja, hogy a gyermek szociális helyzete alapján jogosult legyen:

- gyermekétkeztetés normatív kedvezményének igénybevételére,
- pénzbeli támogatásra,
- egyéb kedvezmények igénybevételére.

A rendkívüli gyermekvédelmi támogatást korábban sokan kapták kisebb összegben, amely a komoly krízisbe került családoknak nem jelentett valódi segítséget. A támogatási forma 2011-es átalakításával kevesebben, de nagyobb összeget kaphatnak. Az átmeneti segély átalakítása 2011-ben a rendkívüli gyermekvédelmi támogatáshoz hasonlóan történt.

2013-ban több jelentős változás következett be. Az időskorúak járadékának elbírálása, a közgyógyellátási igazolvánnyal kapcsolatos ügyek és az egészségügyi szolgáltatásra jogosító hatósági bizonyítvány kiállítása, az alanyi és fokozott ápolási díj átkerült a járási hivatalok feladatellátásába. További változás, hogy az önkormányzat a pénzügyi helyzetére tekintettel 2013. március 1-jei hatállyal megszüntette a méltányossági ápolási díj támogatási formát.

Az **5. melléklet** egyik táblázata a gyermekvédelmi hatósági intézkedések számát mutatja. A védelembe vett kiskorúak számából is látszik, hogy városunkban évről-évre több veszélyeztetett kiskorú van, amelyet elsősorban az anyagi, környezeti elhanyagolás idéz elő, de a gyermekek

magatartási problémái is okozhatják a gyámhatósági intézkedést. Az egy évben védelembe vettek száma csökken, ahogyan a kiskorúak létszáma is csökken.

A gyermekvédelmi hatósági feladatok, kivéve a pénzbeli ellátások megállapítását, 2013. január 1-jével átkerültek a járási hivatalokhoz a gyámhivatali munkatársakkal együtt.

4.4. Fogyatékosok adatai

A **6. melléklet** tartalmazza a fogyatékosági támogatásban részesülők számát. Ezek az adatok az államkincstártól származnak. Részletesebb adatokkal nem rendelkezünk. A magasabb összegű családi pótlékra jogosultak száma fokozatos csökkenést mutat, ez összefügghet a születésszám csökkenésével. (2008., 2009. és 2010. évekre nincs adat a 18 év alattiakról.) Ha a korosztályok létszámát és a fogyatékosok létszámát összevetjük, akkor két megállapítást tehetünk:

- Aggasztóan magas a 0-17 éves korosztály körében a fogyatékosok és a krónikus betegek száma.
- A rossz egészségi állapot következtében idős korban gyakori és növekvő számú a mozgásszervi fogyatékoság.

5. Egészségi helyzetkép

Alapvetően nagyon kevés adattal rendelkezünk a lakosság egészségi állapotáról. Az adatok általában nincsenek lebontva városi szintre, az egészségügyi szolgáltatók pedig nem kötelesek adatot szolgáltatni. További probléma, hogy az orvosok között a kórállapot megállapítása során nagyfokú eltérés tapasztalható. Sok esetben nincsenek részletesen meghatározott alapok (standardok), például nem egyértelmű, hogy mikor kell egy gerincferdülést kórosnak tekinteni.

A mentális zavarokra, a szenvedélybetegségekre vonatkozóan sem mi, sem a háziorvosok nem rendelkeznek pontos információkkal. Ezek felderítése rendkívül nehéz, nem épült ki az egészségügyi és szociális alapellátás ezzel foglalkozó része Kisújszálláson.

Az adatok kapcsán további probléma, hogy sok adat méréséhez legalább 100 000 fős, vagy milliós populáció szükséges.

5.1. Iskola egészségügyi adatok, csecsemő és nővédelem

A **7. melléklet** tartalmazza az iskola egészségügyi szolgálat statisztikáját. A **8. melléklet** pedig a legfontosabb kóros elváltozások százalékos mértékét.

A mozgásszervi rendellenességek száma 2004-től 2009-ig folyamatosan nőtt a 3 és 14 év közötti korosztály körében, ezt követően 22-23% körül alakult.

A 14 és 18 év közötti korosztályban jóval alacsonyabb a mozgásszervi elváltozások aránya. A két korosztály nem fedi egymást, az adatok elemzése során figyelembe kell venni a szabad iskolaválasztást. Sok vidéki jár kisújszállási középiskolába és sok kisújszállási jár vidéki középiskolába.

A túlsúlyosok száma folyamatosan emelkedik mindkét korosztályban. A 3 és 14 év közötti korosztályban ez már 11-13% között mozog. A szemproblémával küzdők száma hektikusan változik. A légúti betegségek száma eleinte nőtt, most 2-3% körül mozog. A többi betegség esetében a populáció kis létszáma miatt nem lehet érdemi tendenciát levonni.

A mozgásszervi elváltozások, a túlsúlyosok, a légúti betegek magas száma jól tükrözi a felnőttkori halálokokat.

Az elmúlt években átlagosan bk. 400 alkalommal tartottak csoportos egészségnevelést az iskolákban az iskolavédőnők, iskolaorvosok. Fő témák a személyi higiéné, az egészséges táplálkozás, az egészséges és biztonságos környezet, a mindennapos testmozgás, a káros szenvedélyek elkerülése, személyes és társas kapcsolatok, barátság, szerelem, párkapcsolat, családtervezés voltak.

A védőoltások teljesítése mind az életkorhoz kötött, mind az iskolai kampányoltásokat tekintve 100%-ban megvalósult az elmúlt években.

5.2. Halálozási adatok

2012. őszén készült el a 2011. évi megyei tájékoztató, amelynek a halálokokra és betegségekre vonatkozó részei a fejlesztési terv **9. mellékletét** képezik. A tájékoztató kivonata regionális, megyei és kistérségi szinten elemzi a haláloki adatokat. Ezekhez megfelelően nagy populációs szám szükséges, ezért ezek többségét települési szinten nem is lehetne szűrni az előfordulások alacsony száma miatt. Továbbá települési szinten a populáció méretéből adódóan kevésbé lehet valódi tendenciákat megfigyelni és nem lehetséges az egyes főbb halálokokat alábontva elemezni.

A vezető halálokok:

- keringési rendszer megbetegedései,
- daganatos megbetegedések,
- légzőszervi megbetegedések
- emésztőrendszeri megbetegedések
- külső ok.

Az emésztőrendszer megbetegedései is szorosan összefüggnek az előző három halállal. Az egészségtelen táplálkozás, a mozgásszegény életmód, a személyi higiéné elhanyagolása együttesen hatnak az emésztőrendszerre. Az emésztőrendszer az immunrendszer motorja. Megfelelő rostokban, ásványi anyagokban, vitaminokban, nyomelemekben gazdag táplálékkal, magas folyadékbevitellel és mozgással megőrizhető a test egyensúlyi állapota. A helyes táplálkozás és a mozgás gazdag életmód együttesen a lelki egyensúly megőrzéséhez is hozzájárul.

A modern, felgyorsult világban a mindennapi stressz nehezen elkerülhető, ezért a rendszeres szabadidős célú, teljesítménykényszer nélküli sportolás az egyik legjobb módszer a kikapcsolódásra.

A légzőszervi és májbetegségekben elhunytak száma önmagában alacsonynak tűnhet, de valójában a szenvedélybetegségek (alkoholizmus, dohányzás, drogfogyasztás) egy része a keringési és a daganatos megbetegedések között jelentkezik. A halál közvetlen kiváltó oka nem a szenvedélybetegség - az csak közvetve jelenik meg.

6. Települési egészségügyi ellátórendszer

Az önkormányzat kötelező feladata az egészségügyi alapellátás és a meglévő járóbeteg-szakellátások működésének biztosítása.

A következő, önkormányzatunk számára kötelező feladatot jelentő alapellátások működnek jelenleg a városban:

- 6 felnőtt háziorvosi körzet,
- 2 gyermekorvosi körzet,
- 2 vegyes fogorvosi körzet, akik ellátják az iskolafogászati feladatokat is,
- 5 védőnői körzet, 1 iskolavédőnő,
- 4 iskola-egészségügyi körzet (egy jelenleg nem betöltött) és
- központi háziorvosi ügyeleti ellátás.

Önkormányzatunk biztosítja a folyamatos sürgősségi alapellátást, a háziorvosok és gyermekorvosok hétfőtől csütörtökig 8.00 – 16.00 óra között, pénteken 8.00 – 12.00 óra között készenlétben vannak. A készenléti időszakon kívül **a Kisújszállás, Kenderes, Ecsegfalva Mikrotérségi Központi Orvosi Ügyeleti Társulás fenntartásában ügyeleti ellátás működik.**

A társulás 2009. március 19-én alakult Kisújszállás, Kenderes, Ecsegfalva települések központi orvosi ügyeleti ellátásának közös megszervezése érdekében. A társulás 2010. március 1-jétől kezdte el a közös feladatellátást. A közbeszerzésen kiválasztott szolgáltató, a REALMED Kft. sikeresen elkezdte központi ügyeleti tevékenységét. A szolgáltatónak 2015. február 28-án jár le a szerződése. A tagtelepülések háziorvosai a magasabb díjak ellenére minimális mértékben vesznek részt a feladatellátásban. Az új szolgáltató is a kisújszállási betegszállító cégtől rendelte meg az ügyeleti autót

és sofőrjének biztosítását. A társulás vagyonnal nem rendelkezik, kiadásait a tagtelepülések hozzájárulása biztosítja. A társulás munkáját segítő szervezet a székhely önkormányzat hivatala, a Kisújszállási Polgármesteri Hivatal.

2011-ben elkezdődött egy egészségügyi átszervezési folyamat, melynek keretében a Kumánia Kisújszállási Gyógy- és Strandfürdő üzemeltetésére alapított Kumánia Gyógyfürdő Kft. lett az önkormányzat egészségügyi feladatait ellátó szerve. 2012. május 1-jétől a cég üzemelteti a védőnői szolgálatot és az egyik gyermekorvosi szolgálatot. 2012. július 1-jétől átvette a fizioterápia szakellátást is. 2012. december 17-én elindult a fürdőgyógyászati ellátás, amelyhez több szakmakód is tartozik. Az önkormányzat önként vállalt feladatai keretében foglalkoztatott az iskolaafogászati feladatokra egy dentálhigiénés végzettségű közalkalmazottat, akit 2012. május 1-jével átadott a Kft.-nek. Az önkormányzat nehéz pénzügyi helyzete miatt 2013. március 1-jétől az iskolaafogászati asszisztens napi 8 óra helyett napi 4 órában dolgozik a Kumánia Gyógyfürdő Kft.-vel fennálló munkaviszonyában.

2013. január 1-jén egy felnőtt háziorvosra 1692 fő, egy gyermekorvosra 735 fő, egy fogorvosra 5812 fő jutott.

A településen két gyógyszerár működik, amelyek hétköznap és szombat délelőttönként elérhetőek.

Az egészségügyi alapellátásban a központi ügyelet nélkül a takarítókkal együtt körülbelül 29 fő dolgozik. Ha az ügyeletben dolgozó helyieket is ideszámítjuk, akkor körülbelül 35 kisújszállásinak ad munkát a helyi egészségügyi alapellátás. A gyógyszerárakkal együtt ez a szám meghaladja a 40 főt.

Kisújszállás Város Önkormányzata a következő szakellátásokat tartja fenn 64 szakorvosi, és 70 nem szakorvosi óra „lekötött” kapacitással 2013. január 15-én:

Kód	Szakellátás megnevezése	Feladatot ellátó	Területi ellátási kötelezettség	„Lekötött kapacitás”	
				Heti szakorvosi óra	Heti nem szakorvosi óra
Területi ellátási kötelezettséggel működő járóbeteg-szakrendelések					
0100	belgyógyászat	Dankó Istvánné Dr. Gyányi Margit egyéni vállalkozó	Kisújszállás	5	-
0400	szüléset-nőgyógyászat	Dr. Kórizs Bt.	Kisújszállás, Kenderes	15	-
0700	szemészet	Free-Med Bt.	Kisújszállás	5	-
5000	orvosi laboratóriumi diagnosztika (J-0)	Prolabor Kft.	Tiszafüred, Tiszaderzs, Tiszabura, Tiszagyenda, Tiszaigar, Tiszaörs, Berekfürdő, Kunmadaras, Tiszaszőlős, Tiszaroff, Tiszaszentimre, Nagyiván, Abádszalók, Kunhegyes, Kisújszállás, Karcag, Tomajmonostora	-	30
5301	teljes körű radiológiai ultrahang diagnosztika	Kumánia Gyógyfürdő Kft. várhatóan 2013. május 1-jétől	Kisújszállás, Kenderes	9	-
1402	fizitoerápia	Kumánia	Fegyvernek, Karcag, Kenderes, Kengyel, Kétpó, Kisújszállás.	30	-

		Gyógyfürdő Kft.	Kuncsorba, Kunmadaras, Mesterszállás, Mezőhék, Tiszabő, Tiszagyenda, Tiszapüspöki, Tiszaroff, Tiszatenyő, Tomajmonostroa, Törökszentmiklós, Túrkeve, Mezőtúr, Örményes		
1402	fizioterápia	Kumánia Gyógyfürdő Kft.	J-N-Sz. M. teljes területe	-	40
Területi ellátási kötelezettség nélküli járóbeteg-szakrendelések					
5722	fizikoterápia – asszisztensi tevékenység	Kumánia Gyógyfürdő Kft. (Ez később bővülni fog a 7204 gyógyúszással)	Nincs	-	-
5708	magneto-, fototerápia		Nincs	-	-
5703	hidroterápia		Nincs	-	-
5706	balneoterápia		Nincs	-	-
5707	thermotherápia		Nincs	-	-
5712	gyógymasszázs		Nincs	-	-
5711	gyógytorna		Nincs	-	-
5710	víz alatti gyógytorna		Nincs	-	-

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 244/D. § (5) bekezdése alapján a járóbeteg-szakellátási feladatot ellátó települési önkormányzat 2013. február 15-éig – a Magyarország helyi önkormányzatairól szóló 2011. évi CLXXXIX. törvényben (a továbbiakban: Möt.) foglaltak szerint – köteles dönteni és az egészségügyért felelős minisztert tájékoztatni arról, hogy 2013. április 30-át követően folytatja-e a járóbeteg-szakellátási feladat ellátását. A helyi önkormányzat döntése csak a járóbeteg-szakellátási feladatai egészének átadására, illetve folytatására irányulhat.

Önkormányzatunk úgy döntött, hogy el kívánja 2013. május 1-jét követően a feladatot látni. Az önkormányzat 2005-ben közvetlen finanszírozott formába kiszervezte a járóbeteg-szakrendeléseket, így azokhoz az elmúlt években nem kellett forrást biztosítani az OEP finanszírozáson kívül. Ez alól két kivétel van:

- A Kumánia Gyógy- és Strandfürdő fejlesztése a fizioterápia járóbeteg-szakrendelésre épült, amelyre 2012. december 17-étől ráépültek a területi ellátási kötelezettség nélküli szakmák. A fejlesztés egészségturisztikai célokat szolgál, amelynek nem a helyi lakosság ellátása az elsődleges feladata.
- Az UH-diagnosztika járóbeteg-szakrendelés folytatásának tárgyi feltételeihez a 2013. évi költségvetésből forrást kell biztosítanunk, amely ezt követően ismét önfenntartóvá válhat.

A Kumánia Gyógy- és Strandfürdő, a Hotel Kumánia*** és az ifjúsági szálláshely mind a fizioterápia és a hozzá kötődő fürdőgyógyászati járóbeteg-szakellátásokra épül gazdaságilag. Ezek felett a rendelkezés elvesztése a több, mint 2 milliárdos fejlesztéssel létrehozott komplexum jövőjét veszélyeztetné.

Önkormányzatunkat még nem keresték meg a törvény szerinti önkormányzat és az állam közötti megállapodás megkötésével kapcsolatban. Sajtóhírek alapján várható a törvénymódosítás felülvizsgálata, így elképzelhető, hogy a megállapodás megkötésére nem kerül sor.

Az egészségügyi feladatokat ellátó szolgáltatók mind közvetlen OEP finanszírozással rendelkeznek. A Kumánia Gyógyfürdő Kft. 100%-ban önkormányzati tulajdonú, ezért szerveztük oda az összes 2009. január 1-jétől a Költségvetési Szolgáltatói Iroda Intézmény megszűnése miatt a Kisújszállási Polgármesteri Hivatal keretében ellátott egészségügyi szolgáltatásokat. Jelenleg az iskolaorvosi ellátást még a hivatal végzi, nem sikerült a szolgáltatás áthelyezése és jelenleg az Illéssy Sándor Szakközép- és Szakiskola ellátatlan.

Mind Jász-Nagykun-Szolnok Megye, mind a Karcagi Többcélú Kistérségi Társulás tüdőgümőkórban fertőzött területen található, Kisújszálláson is van gondozott beteg, ezért kötelező a tüdőszűrés. A tüdőszűrést a megyei kórház szakemberei végzik korszerű gépeken. Az önkormányzat hivatala és közművelődési intézménye a helyiséget, higiénés készleteket, takarítást biztosítja és a szűrést követően a távolmaradók idézését végzi. A kötelező tüdőszűrés várhatóan egy éven belül megszűnik, mert a betegek célzott szűrését tervezik, amelyhez nem szükséges kitelepülés.

2008-tól Kisújszállás és Kenderes együttműködésének köszönhetően helyben végzik a mammográfiás népegészségügyi szűréseket. A szűrést végzőknek megfelelő parkolóhelyet, ipari áramot, vizet, szennyvizet, szállást, étkezést és szállítási költséget biztosítunk. Az elmúlt időszakban jelentős mértékben nőtt a megjelenési hajlandóság.

Kisújszálláson működik mentőállomás, házi szakápolás és betegszállítás. Az elmúlt években OEP finanszírozás nélküli magánszolgáltatók is megjelentek a piacon.

A közel 20 kilométerre található Kátai Gábor Kórházban sok a járóbeteg-szakrendelés, több szakmában kórházi osztály és sürgősségi osztály is elérhető. A kisújszállásiaknak a járóbeteg szakrendeléseket Kisújszálláson, Karcagon a Kátai Gábor Kórház szakrendelőjében és Szolnokon a Hetényi Géza Kórház és Rendelőintézetben kell igénybe vennie. Azonban a fekvőbeteg ellátást az új regionális felosztás alapján Karcagon a Kátai Gábor Kórházban, illetve a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrumban kell igénybe venni. További jelentős változás, hogy megtörtént a kórházak és hozzájuk tartozó járóbeteg-szakrendelések államosítása, így ma már az egészségügyi ellátás nagy része az állam közvetlen irányítása alatt áll, körülbelül a járóbeteg-szakrendelések 30%-a van jelenleg önkormányzati kézben.

Problémák az egészségügyi ellátás területén

- A háziorvosi rendelések zsúfoltságára tekintettel ösztönözni kell a háziorvosokat, hogy helyettesítés esetén is betartsák a működési engedélyükben meghatározott rendelési időket.
- Az egészségügyi alapellátásban általában gyenge a prevenciós tevékenység. Nem egyértelmű, hogy az egészségprevencióban milyen szerepük van. Ennek negatív következménye, hogy a betegek ismeretanyaga alacsony, egy részük nem fordul időben orvoshoz, ezért magas a krónikus betegek száma, és a háziorvosok leterheltsége. Így a gyógyítás mellett nem marad idő a felvilágosító, megelőző tevékenységre.
- Az egészségügyi célú, önkormányzati tulajdonú épületek korszerűtlenek, salétromos a faluk, rossz a hőszigetelésük. A gyermekorvosi rendelő nem akadálymentes. Egyik épületben sem biztosított a szakdolgozók személyi higiénés feltétele, mert nincs tusoló öltözővel.
- Az orvosok átlagéletkora magas, ezért öt-tíz éven belül orvoshiány alakulhat ki, akár több körzet is tartósan betöltetlenné válhat. Ebből várhatóan a jövőben is létező rezidensi program jelenthet kiutat. A betöltetlen háziorvosi körzetek többsége magas halmozottan hátrányos helyzetű, kis lakosságszámú, rossz infrastruktúrájú településen található. Ez alapján Kisújszálláson nagyobb az esélye egy betöltetlen körzet betöltésének.
- A gyermeklétszám csökkenése következtében öt-tíz éven belül várhatóan meg fog szűnni az egyik védőnői körzet, és az egyik gyermekorvosi körzet is.
- A szakrendelési kapacitás nem módosítható, nem növelhető a lakosság igényei szerint.

7. Egészség prevenció

A 2009-ben itt leírt tevékenység 2013-ig folytatódott. 2013-ban azonban pénzügyi okokból átmenetileg a pénzügyi forrást igénylő tevékenységeket fel kellett függeszteni. A kötelező tüdőszűrés, a mammográfiás szűrés kitelepülésének támogatása megmaradt. Az egészséges életmódot propagáló tömegsport rendezvények és a Ligeti Sportfesztivál megmaradt, csökkentett kerettel. A pénzügyi helyzet ellenére a 13-14 éves korosztályba tartozó leányok human papilloma vírus elleni ingyenes védőoltása folytatódott, tekintettel arra, hogy az oltást az önkormányzat korábbi döntése alapján 2012. novemberében elkezdtük és az első két sorozat vakcináról szóló számlát 2013. januári fizetési határidővel kiállították.

Az önkormányzat számos olyan intézkedést hozott az elmúlt egy évben, amely a változó környezetben biztosították a működési egyensúly megtartását. Ilyen lépés volt az oktatási intézmények átadása is és a 2013. januári ülésen hozott döntések. 2013-ban megtörténik az önkormányzat adósságkonszolidációja is 70%-os mértékben. Ez utóbbi intézkedés hatására 2014-ben az önkormányzat adósságszolgálat jelentős mértékben csökkenni fog, továbbá számos intézkedés éreztetni fogja kedvező pénzügyi hatását, miközben a bevételeink nem fognak csökkenni 2013-hoz képest. Ezen folyamatok alapján az önkormányzat 2014. évi költségvetésének összeállításakor meg kell vizsgálni, hogy melyik, korábban bizonyíthatóan eredményes prevenciós tevékenységet lehet folytatni.

8. A szociális ellátásról, az oktatásról és a közművelődésről röviden

Szociális és gyermekjóléti ellátás

2009-hez képest egyetlen lényeges változás történt, önkormányzatunk a Karcagi Többcélú Kistérségi Társuláson keresztül sikeresen pályázott a szociális alapellátás épületeinek felújítására, amelyek kivitelezésének befejezése 2013. őszére várható. A program révén a Kisújszállás, Vásár u. 3. szám alatti épületet bevonjuk a szociális ellátásba, ahol 150 adagos melegítőkonyha szolgálja a szociális étkeztetést, továbbá megújul a Kálvin u. 9. szám alatti épület is, és a Kálvin u. 13. szám alatti idősek klubjában is végzünk kisebb korszerűsítést. A projekt végén mindegyik szociális alapszolgáltatás végleges működési engedéllyel fog rendelkezni.

Oktatási nevelési intézmények

Jelentős változás történt az elmúlt időszakban. A gyermeklétszám csökkenése miatt a tagóvodák száma hatról ötre csökkent. 2012. augusztus 30-ával az önkormányzat valamennyi oktatási, nevelési intézményét egyházi fenntartásba adta a gyermekétkeztetéssel együtt. Az átadás során megszűnt a korábbi egyházi fenntartású iskola, mert azt a fenntartó összevonta az átvett általános iskolával.

Kisújszállási Református Egyházközség által fenntartott intézmények:

- Arany János Református Általános Iskola,
- Móricz Zsigmond Református Gimnázium, Szakközépiskola és Kollégium,

Baptista Szeretetszolgálat Egyházi Jogi Személy által fenntartott intézmények:

- Városi Óvodai Intézmény 5 tagóvodával,
- Kossuth Lajos Általános Iskola, Egységes Pedagógiai Szakszolgálat és Diákotthon,
- Illéssy Sándor Szakközép- és Szakiskola,
- lapfokú Művészetoktatási Intézmény.

Állami fenntartásban működik a J-N-SZ. Megyei Kádas György Óvoda, Általános Iskola, Szakiskola, Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény, Diákotthon és Gyermekotthon.

Az oktatási intézmények viszonylag fejlett sportinfrastruktúrával és motivált szakembergárdával rendelkeznek.

Közművelődési Intézmények

2013. március 1-jei hatállyal megszűnt az Arany János Városi Könyvtár, a jövőben a feladatait a Művelődési és Ifjúsági Központ, új nevén a Kisújszállási Művelődési Központ és Könyvtár vette át. Az intézmény fejlett szabadidős és rendezvény infrastruktúrával rendelkezik. A központi épület és az ifjúsági célra kialakított Nagykun Klub elsősorban szabadidős tevékenységekre, csoportfoglalkozásokra alkalmas. Mindkét épület akadálymentes.

9. Civil szektor, Roma Nemzetiségi Önkormányzat

Ezen a területen nem volt lényeges változás. Két dolgot érdemes megemlíteni, megalakult a Karitatív Önkéntesek Kisújszállási Egyesülete és a Cigány Kisebbségi Önkormányzat neve Roma Nemzetiségi Önkormányzatra változott.

10. Gazdasági szektor

A gyermekétkeztetés egyházi fenntartóknak történt átadásával a Julianne Kft. szerepe csökkent, míg a Horváth Kft.-é nőtt.

A 2008-ban kezdődő gazdasági válság hatására a Rehab Rt., a Lignin Faipari és Ker. Rt., a KERISZ Kft. megváltozott munkaképességűeket foglalkoztató telephelye, a MÁV járműjavító egysége megszűnt, ez utóbbi dolgozóinak egy részét Szolnokon tovább foglalkoztatják. Ezzel szemben pozitívum az EPOSZ Kft. munkahelyteremtő fejlesztése, illetve a Kumánia Gyógyfürdő Kft. keretében teremtetett új munkahelyek, melyek száma 2013-ban tovább nőtt.

Egyebekben a 2009-ben leírtak és felsorolás ma is helytálló.

11. Célok

11.1 Prioritási sorrend felállítása:

A prioritási sorrend továbbra is aktuális, amelyet megismétlünk:

1. Az életmóddal elkerülhető betegségek (szív és érrendszeri, daganatos, emésztőrendszeri, szenvedélybetegségek) **megelőzésével növelni az egészségben eltöltött évek számát és a várható élettartamot.** Az elsődleges célcsoport a gyermeket nevelő családok, ide értve a nagyszülőket is. A halmozottan hátrányos helyzetű csoportok számára külön programokat is kell szervezni, az e pont szerinti célok megvalósítására.

2. A szív és érrendszeri, mozgásszervi, emésztőrendszeri betegségekkel küzdők állapotromlásának megakadályozása, és amennyiben lehetséges rehabilitálásuk elősegítése helyi szinten. A daganatos betegek mentális segítése a betegség alatt, valamint a daganatok kiújulásának megakadályozása.

3. A pszichiátriai és szenvedélybetegségek kialakulásának megelőzése. Azok részére, akiknél a betegség már kialakult pszichiátriai és szenvedélybetegségek közösségi ellátása szociális szolgáltatás megszervezése.

4. A biztonságérzet javítása a közbiztonság növelése érdekében bűnmegelőzési programokat kell szervezni. Ezek révén, továbbá a munkahelyteremtés ösztönzésével csökkenthető a lakosságot érő stressz.

5. A jó közérzetet támogató társadalmi és épített környezet fejlesztése.

6. Környezetbarát technológiák széles körű elterjesztése.

11.2. Rövid távú cselekvési terv (2010-2011.) értékelése

Elért eredmények 2012. december 31-éig:

- Az elért eredmények fenntartása folyamatos volt::

- folytatódott a fejtetvesség további kezelése - együttműködve a Roma Nemzetiségi Önkormányzattal,
- mammográfiás szűrés Kisújszállason tartása,
- a 2. és 3. évfolyamon tanulók iskolai úszásoktatásának folytatása,
- a pedagógiai szakszolgálat meglévő szolgáltatásainak további fenntartása,
- óvodások mozgásszervi fejlesztése,
- a dentálhigiénés nevelés folytatása, teljessé tétele az általános iskolákban, óvodákban,
- betegség megelőző, illetve a már kialakult betegségek korai felismerését célzó tájékoztató anyagok közreadása a rendelőkben.

- Esélyegyenlőség biztosítása, a hátrányos helyzetűek felzárkóztatása:

- A halmozottan hátrányos helyzetűeket kevésbé sikerült megszólítanunk, de a városban megvalósított TÁMOP projektekbe részben őket is sikerült bevonni.
- A halmozottan hátrányos helyzetű családok segély típusú ellátásban részesülő részének ösztönzése jogszabályváltozás révén megvalósult, az általuk lakott ingatlant és környezetét folyamatosan gondozniuk kell, a higiénés feltételeket folyamatosan biztosítaniuk kell.
- Az elmúlt években több családot sikerült megürült önkormányzati szociális bérakásban elhelyezni, így több életveszélyessé vált ház lebontásával csökkent az ott lévő épületek, ezáltal a szegregált lakosok száma is.

- Egészséges életmód program, az emberi egészség kockázati tényezőinek csökkentése

- A rendszeres szabadidős sportprogramok keretében aktív életmód tanácsadást, táplálkozási tanácsadást végeztek a pályázók. Ezt a pontozási rendszer ösztönözte. Továbbá ugyanezt a célt szolgálta az évente megvalósított Ligeti Sportfesztivál, 2011-ben a Hétpróbás Kunok Programsorozat, 2012-ben a Négypróbás Kunok Programsorozat.
- Az egészséges táplálkozással, szenvedélybetegségek elkerülésével számos program foglalkozott kisebb-nagyobb mértékben. Sajnos az e célra benyújtott TÁMOP pályázatunk nem volt sikeres.
- 2011-ben szerveztünk táplálkozási tanácsadást a túlsúlyos gyermekek szülei számára. A célcsoport megszólítása nem volt sikeres. Érdekes tény, hogy a túlsúllyal nem, vagy kevésbé küzdő gyermekek szülei nagy érdeklődést mutattak, szemben a nagyfokú túlsúllyal küzdő gyermekek szüleivel.

- Az elkerülhető halálozások, megbetegedések, fogyatékoság megelőzése

- Az emlőrákszűrésen egyre többen jelennek meg, így ezen a téren sikeres a szűrés népszerűsítése.
- A kiszűrt gyermekek szakorvoshoz és megfelelő ellátáshoz jutásának kontrollja az egészségügyi szolgáltatók, az iskola és a család szoros együttműködésével, szükség esetén a gyermekjóléti szolgálat bevonásával megvalósult.
- Az idősök mozgásszervi betegségének megelőzését szolgálták az e célra is igénybe vehető szabadidősport programok és a gyógyfürdőfejlesztés.
- Az idősök egyre nagyobb részt vállalnak az egészségprevenciós programokban, itt különösen a Karitatív Önkéntesek Kisújszállási Egyesültét kell kiemelni, melynek nyugdíjas tagjai szinte minden rendezvényen végeztek egészségprevenciós tevékenységet.

- Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztése az egészségi állapot javítása érdekében

- E téren, tekintettel a sikertelen TÁMOP pályázatra nem volt lényeges előrelépés. Az egészségügyi dolgozók elsősorban csak a kötelező pontszerző továbbképzéseken tudtak részt venni és a pedagógusok ez irányú készségeinek fejlesztésére sem volt forrás.

- Az egészségügyi alapellátást integráló informatikai fejlesztést támogató pályázatot nem írtak ki, így e cél nem valósult meg.
- Megvalósult a védőnői szolgálat bejáratának akadálymentesítése.

- Környezeti feltételek javítása

- A HOVAVAR civil kezdeményezésű bel- és külterületi szemétgyűjtés minden évben megvalósult. A Kisújszállási Városgazdálkodási Kft. és partnerei is többször népszerűsítették a lakosság és a gyermekek körében a szelektív hulladékgyűjtést. Számos közmunka program irányult az elmúlt években az illegális hulladéklerakók felszámolására, amelyet a két hulladéklerakó-telep rekultivációja is elősegített.
- Az önkormányzat évente parlagrafümentesítési pályázatot hirdet, továbbá a közterület felügyelet és a mezőőri szolgálat révén számtalan esetben szólította fel az érintetteket a parlagrafüvel szennyezett terület megtisztítására.
- Megvizsgáltuk, hogy lehetséges-e elérhető áron területgondozási szolgáltatást kínálni a lakosok számára, mind a lakóingatlanon belül, mind a lakóingatlan előtt. A gyakorlati tapasztalatok alapján ez a Városgazdálkodási Kft. keretében a bér és egyéb költségek miatt nem biztosítható versenyképesen a „feketén” munkát vállalók alacsony árai miatt. Erre talán egy jövőbeni szociális szövetkezet jelenthet megoldást.
- Az önkormányzat 2010-ben három játszóteret újított fel, ami gyakorlatilag újjáépítést jelentett, mivel a régi eszközök nem feleltek meg a hatályos előírásoknak.
- A Kumánia Gyógy- és Strandfürdő fejlesztésével 2012. december 17-ére megvalósultak a lakosság széles köre által elérhető fürdőgyógyászati és wellness szolgáltatások, amelyek több, mint 30 új munkahelyet teremtettek Kisújszálláson. E felülvizsgálat készítésekor is bővül a létszám. A 18 éves kor alatti gyógyúszás megszervezése még nem történt meg.
- Az elmúlt években számtalan út, járda megújult, a közterületre számos új padot helyeztünk el és uniós forrásból kulturált buszmegállók épültek.
- 2012-ben az Óvároson megszüntettük az illegális hulladéklerakót, amelyet megelőzően rácsálóiást végeztünk.
- Az északi ipartelep fejlesztésére kiírt pályázatokkal nem tudtunk élni, mert a Rehab Rt., a Lignin Faipari és Ker. Rt megszűnésével a területen dolgozók száma túl alacsonnyá vált.
- Az új beruházások során elsődleges szempont volt megújuló energiaforrásokkal csökkenteni az energia felhasználást, ezáltal a széndioxid kibocsátást. A kisújszállási ifjúsági szálláshely, a Kumánia Gyógy- és strandfürdő, a Hotel Kumánia*** esetében a fűtést és az utóbbi két létesítményben a használati melegvíz előállítását a gyógyvizet kutak hulladékhőjéből oldottuk meg. A szociális alapszolgáltatás fejlesztési pályázat keretében a Kálvin u. 9. és Vásár u. 3. szám alatti épületek hőszigetelése, nyílászáró cseréje megtörténik, a Vásár u. 3. épületen szolárrendszer fogja segíteni a használati melegvíz előállítását.
- A Porcsalmi Lajos Sporttelepen számos egészséges életmódot is szolgáló fejlesztés valósult meg: futsal méretű műfüves labdarúgó pálya építése, a fekete salakpálya füvesítése. 2013. nyarára elkészül a füves labdarúgó pálya rekonstrukciója, amelyre a Kisújszállási SE nyújtott be sikeres pályázatot.
- Befejeződött az ivóvízminőség javító program, így a lakosság egészséges ivóvízellátása biztosított.
- Az elmúlt időszakban sok utca kapott aszfaltozott útburkolatot és sok helyen felújították az útburkolatot. Ez nagymértékben javította az ott élők életfeltételeit.
- A megvalósult belvízelvezető rendszer révén a csapadékvíz városból történő kivezetése felgyorsult, így az nem veszélyezteti a lakóingatlanokat, továbbá a rossz talajvíz elleni szigeteléssel rendelkező házak kevésbé vizesednek, mert alacsonyabb a talajvíz szintje.

Össességében az elmúlt több, mint három év alatt számos területen jelentős előrelépést értünk el.

12. Célok felülvizsgálata

12.1. A 2013-2014-es rövid távú cselekvési terv

- Elért eredmények folyamatos fenntartása:

- mammográfiás szűrés Kisújszálláson tartása,
- iskolai úszásoktatás folytatásának ösztönzése és a feltételek biztosítása,
- a halmozottan hátrányos helyzetű családok további ösztönzése az általuk lakott ingatlan és környezetének általuk történő folyamatos gondozására, fejlesztésére, a higiénés feltételek folyamatos biztosítására,
- a sporttámogatási rendszerben az egészséges életmód tanácsadás és egészségi állapotfelmérés kapjon továbbra is nagy hangsúlyt,
- folytatódjon a kiszűrt gyermekek szakorvoshoz és megfelelő ellátáshoz jutásának kontrollja az egészségügyi szolgáltatók, az iskola és a család szoros együttműködésével, szükség esetén a gyermekjóléti szolgálat bevonásával. Cél, hogy egyetlen gyermek se maradjon ellátás nélkül. E megvalósult cél fenntartása kiemelt feladata a védőnői szolgálatnak és a gyermekorvosoknak.

- Az önkormányzat 2014. évi költségvetésének készítésekor meg kell vizsgálni az alábbi, 2013-ban szünetelő programok folytatását:

- csecsemők ortopédiai vizsgálatának folytatása az Illéssy u. 5. szám alatti épületben,
- a 13-14 éves korosztályba tartozó leányok human papilloma vírus elleni ingyenes védőoltásának folytatása,
- a fejtetveség további kezelése - együttműködve a Roma Nemzetiségi Önkormányzattal,
- az iskola fogászati asszisztens napi 8 órában történő foglalkoztatása.

- Esélyegyenlőség biztosítása, a hátrányos helyzetűek felzárkóztatása:

- A településfejlesztési tervben, gazdasági programban megfogalmazott programok megvalósítása,
- A halmozottan hátrányos helyzetűek részére személyi higiénia oktatása a családok aktív bevonásával.

Szinterei: RNÖ, valamint a családsegítő és gyermekjóléti szolgálat programjai

- A halmozottan hátrányos helyzetűek részére életvezetési ismeretek oktatása a családok aktív bevonásával. Rágcsálók, dögök fogyasztásának megakadályozása.

Szinterei: RNÖ, valamint a családsegítő és gyermekjóléti szolgálat programjai

- Telepfelszámolási modell pályázatot nyújtottunk be a Csorba külterületi lakott hely megszüntetésére, tekintettel a lakosság kiszolgáltató helyzetére, amely abból ered, hogy a saját tulajdonú ingatlanjaikat csak szolgalmi jog nélküli úttesten, járdán tudják megközelíteni, az elektromos áram és víz közszolgáltatásokat egy magáncégtől kapják, magánhálózaton keresztül. Amennyiben nyer a pályázat megkezdődhet a telepfelszámolás megvalósítása.

- Egészséges életmód program, az emberi egészség kockázati tényezőinek csökkentése

- Alkoholmentes szabadidős programok szervezése gyermekeknek, vetélkedőkkel, szerepjátékokkal, mint kísérő programokkal, ahol a középpontban az egészséges életmód és a szenvedélybetegségek elkerülése van. Erre kiváló színtér lehet a Vigadó épülete, amely a városközpont rehabilitációs pályázatunk egyik fő eleme. A pályázat nyert, jelenleg folyamatban van a kivitelező kiválasztása és a pályázat önerejéhez szükséges önerőpályázat ismételt előkészítése.

Szinterei: épülő Vigadó épülete

- Az elkerülhető halálozások, megbetegedések, fogyatékoság megelőzése

- A lakosság számára ingyenes, nem kötelező szűrések népszerűsítése, a szűrésen megjelentek arányának növelése. (Elsősorban: emlőrák szűrésen a 80%-os megjelenési arány elérése,

méhnyak, prosztatata, vastagbél daganatok szűrésének népszerűsítése, csontritkulás, koleszterinszint vizsgálata, stb.)

Színterei: egészségügyi létesítmények, családok, munkahelyek, szabadidősport programok,

- Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztése az egészségi állapot javítása érdekében

- Pályázatot nyújtottunk be a Nyár u. 7. szám alatti gyermekorvosi rendelő fejlesztésére és központi orvosi ügyelet tárgyi feltételeinek biztosítására. A pályázat keretében az épület teljesen megújulhat, csak a falak és a tető marad meg. (Talajnedvesség és talajpára elleni szigetelés, hőszigetelés, nyílászáró csere, új gépészet, új elektromos hálózat, megújuló energiaforrás alkalmazása.)

- A Kumánia Gyógyfürdő Kft. jelenleg dolgozik a 18 éves kor alatti csoportos gyógyúszás megszervezésén, amely 100%-ban OEP támogatott, azaz a célcsoport számára ingyenes.

- A Kumánia Gyógyfürdő Kft. keretén belül folyamatban van az UH-diagnosztikai szakrendelés újbóli megszervezése. A szakrendelés biztosításához az önkormányzat egy használt készüléket szerez be. A beszerzési eljárást már lefolytattuk, így tudjuk, hogy az 1 397 000 Ft-ba fog kerülni a készülék. A készülék megvásárlásához segítséget kaptunk a Kisújszállási Egészségügyi Alapítványtól, akik dr. Gyergyói László kuratóriumi elnök javaslatára 650 000 Ft-tal támogatják a készülék beszerzését.

- Környezeti feltételek javítása

- A településfejlesztési és gazdasági programban megfogalmazott célok elérése.

- A megújuló energiaforrások felhasználásának alkalmazása az új beruházások, felújítások során. Elsődleges célcsoport az önkormányzat, önkormányzati intézmények, önkormányzati tulajdonú cégek, gazdasági élet szereplői.

- A szelektív hulladékgyűjtés háztartási szintre helyezése - szelektív háztartási gyűjtőedényekkel és speciális gyűjtőjárművel. 2015. január 1-jétől ennek megszervezésére törvény kötelezi a közszolgáltatót.

11.3. Középtávú stratégia cél és program (5 év)

- Elért eredmények fenntartása:

- Korábbi programok folytatása.

- Esélyegyenlőség biztosítása, a hátrányos helyzetűek felzárkóztatása:

- Korábbi programok folytatása.

- Az óvárosi telep tulajdonviszonyainak rendezése. Pályázati forrásból a külterületi lakott helyek felszámolása.

- Pályázati forrásból a halmozottan hátrányos helyzetűek részére személyi higiénia oktatása a családok aktív bevonásával.

Színterei: RNÖ, valamint a családsegítő és gyermekjóléti szolgálat programjai

- Pályázati forrásból a halmozottan hátrányos helyzetűek részére életvezetési ismeretek oktatása a családok aktív bevonásával. Rágcsálók, dögök fogyasztásának megakadályozása.

Színterei: RNÖ, valamint a családsegítő és gyermekjóléti szolgálat programjai

- Egészséges életmód program, az emberi egészség kockázati tényezőinek csökkentése

- Korábbi programok folytatása.

- Kisújszállás természeti értékeinek megismertetése gyalog és biciklitúrák szervezésével.

- Az iskolai úszásoktatás kiterjesztése az óvodásokra.

- Pályázati forrásból az egészséges táplálkozási szokások elterjesztése a családokban, a közétkeztetésben. A családok számára főzőklubok szervezése, ételbemutatókkal a magas rosttartalmú ételek népszerűsítése.

Színterei: családok, oktatási intézmények, közétkeztetést végző vállalkozók, civil szerveződések, munkahelyi közösségek,

- Az egészségmegőrzéshez, betegségmegelőzéshez kapcsolódó programokról minél több tudósítás megjelentetése a helyi médiában.
- **Az elkerülhető halálozások, megbetegedések, fogyatékoság megelőzése**
 - Korábbi programok folytatása.
 - A magatartászavaros gyermekek részére csoportfoglalkozások szervezése.

Színterei: oktatási intézmények
- **Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztése az egészségi állapot javítása érdekében**
 - Korábbi programok folytatása.
 - Védőnői tanácsadó teljes körű akadálymentesítése.
 - A Rákóczi u. 8. szám alatti épület felújítása uniós pályázati forrásból.
 - Egészségügyben dolgozók egészségprevenciós készségeinek javítása, ismereteinek bővítése továbbképzésekkel, és a megszerzett ismeretek felhasználása. Szereplés a városi televízióban és rádióban készülő egészségprevenciós műsorokban.
 - Az oktatási intézmények egészségfejlesztési tevékenységének javítása az egyházi fenntartókkal együttműködve, az egészségügyi alapellátás bevonásával és a pedagógusok felkészítésével.
- **Környezeti feltételek javítása**
 - Korábbi programok folytatása.
 - A környezetbarát épületgépészeti, építési technológiai megoldások megismertetése, elterjesztése.
 - Kerékpárutak építése.
 - A szelektív hulladékgyűjtés, a környezettudatos magatartás elterjesztése. Elsődleges célcsoport a család és a gyermekek. A civil szervezetek összefogásával megvalósuló HOVAVÁR program évente többször történő megszervezése.
 - A megújuló energiaforrások felhasználásának alkalmazása az új beruházások, felújítások során. Elsődleges célcsoport az önkormányzat, önkormányzati intézmények, önkormányzati tulajdonú cégek, gazdasági élet szereplői.
 - Északi ipartelep fejlesztésével a foglalkoztatás növelésének alapjait meg kell teremteni
- **Sportkoncepcióból származó célok, amelyek szorosan kötődnek az egészséges életmódhoz:**
 - „- A Szabadság téri játszótér EU komformmá tétele fejlesztéssel.
 - Mozgásfejlesztő, állapotmegőrző "játszótér" létesítése idősök számára.
 - A tenispályák idényjellegének megszüntetése egy-két pálya lefedésével.”

11.4. Hosszú távú stratégiai cél és program (10 év)

- **Elért eredmények fenntartása:**
 - Korábbi programok folytatása.
- **Esélyegyenlőség biztosítása, a hátrányos helyzetűek felzárkóztatása:**
 - Korábbi programok folytatása.
- **Egészséges életmód program, az emberi egészség kockázati tényezőinek csökkentése**
 - Korábbi programok folytatása.
- **Az elkerülhető halálozások, megbetegedések, fogyatékoság megelőzése**
 - Korábbi programok folytatása.
- **Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztése az egészségi állapot javítása érdekében**
 - Korábbi programok folytatása.
 - Pszichiátriai rendelés szervezése, és a pszichiátriai szolgáltatások népszerűsítésével a társadalmi elfogadottság javítása.

- Környezeti feltételek javítása

- Korábbi programok folytatása.

- Sportkoncepcióból származó célok, amelyek szorosan kötődnek az egészséges életmódhoz:

„- Amennyiben a gyógyfürdő komplexum elfogadható mértékű nyereséget termel, akkor a későbbi fürdő és szálláshely bővítő fejlesztések során törekedni kell egy fedett tanmedencével is rendelkező uszoda megépítésére, és a komplexumot alkalmassá kell tenni a gyógyúszás egészségügyi szolgáltatásra.

- Időjárástól független sportkomplexum építése, amely képes nagy tömegek eltérő tömegsport igényeit kielégíteni.”

MELLÉKLETEK

1. számú melléklet: Demográfiai adatok

Évszám	2004	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Lakosságszám tárgyév január 1-jén	12 747	12 538	12 192	12 054	11 972	11 873	11 753	11 624
Születettek száma Tárgyév január 1-je és december 31-e között	87	83	103	110	107	93	91	101
Meghaltak száma Tárgyév január 1-je és december 31-e között	221	196	192	207	176	175	144	157
Természetes fogyás/növekedés	-134	-113	-89	-97	-69	-82	-53	-56
Házasságkötések száma Tárgyév január 1-je és december 31-e között	59	62	74	55	53	36	48	42
Bejelentkezett hajléktalanok száma tárgyév január 1-jén	0	1	1	1	3	4	5	6
Lakosságszám csökkenés az előző oszlop adatához képest		-209	-346	-138	-82	-99	-120	-129
Elköltözők számított létszáma az előző oszlophoz képest		-96	-257	-41	-13	-17	-67	-73

Évszám	2004			2006			2008			2009		
	Férfi	Nő	Össz.	Férfi	Nő	Össz.	Férfi	Nő	Össz.	Férfi	Nő	Össz.
Lakosságszám (tárgyév január 1-jén)	6 193	6 554	12 747	6 093	6 445	12 538	5 952	6 240	12 192	5 903	6 151	12 054
0-2 évesek*	153	174	327	165	151	316	166	141	307	163	159	322
3-5 évesek**	201	198	399	185	197	382	165	157	322	163	139	302
6-13 évesek***	675	608	1 283	631	578	1 209	536	529	1 065	510	485	995
14-17 évesek	374	353	727	393	421	814	384	325	709	364	323	687
18-61 évesek	3 738	3 651	7 389	3 666	3 522	7 188	3 659	3 540	7 199	3 713	3 578	7 291
61 éves kor feletti	1 052	1 570	2 622	1 053	1 576	2 629	1 042	1 548	2 590	990	1 467	2 457
Évszám	2010			2011			2012			2013		
	Férfi	Nő	Össz.	Férfi	Nő	Össz.	Férfi	Nő	Össz.	Férfi	Nő	Össz.
Lakosságszám (tárgyév január 1-jén)	5 868	6 104	11 972	5 810	6 063	11 873	5 741	6 012	11 753	5 690	5 934	11 624
0-2 évesek*	97	107	204	106	89	195	142	139	281	138	138	276
3-5 évesek**	163	135	298	156	158	314	157	157	314	159	141	300
6-13 évesek***	485	480	965	470	445	915	477	442	919	465	429	894
14-17 évesek	318	270	588	280	278	558	278	278	556	274	259	533
18-61 évesek	3 644	3 421	7 065	3 619	3 394	7 013	3 572	3 357	6 929	3 522	3 296	6 818
61 éves kor feletti	1 161	1 691	2 852	1 179	1 699	2 878	1 115	1 639	2 754	1 132	1 671	2 803

2. számú melléklet: Foglalkoztatási helyzetkép

	Nyilv. állásker.	ebből 365 napon túl	járadékos	segély	BPT, RÁT, RZSS, FHT, (régén rend- szoc.)	Aktív népes.
2005. január	681	204	212	0	253	8015
2005. április	624	202	142	0	291	8015
2005. július	626	197	131	0	283	8015
2005. október	594	191	136	0	253	8015
2005. december	658	211	148	40	243	8015
2006. január	679	214	179	54	253	7998
2006. április	596	215	135	29	256	7998
2006. július	564	193	96	46	207	7998
2006. október	523	178	87	43	204	7998
2006. december	564	176	97	60	216	7998
2007. január	600	189	89	70	229	8064
2007. április	616	203	80	38	275	8064
2007. július	573	190	104	30	205	8064
2007. október	599	187	116	36	200	8064
2007. december	684	204	113	62	258	8064
2008. január	713	213	124	67	276	8038
2008. április	672	230	98	36	307	8038
2008. július	588	218	76	33	256	8038
2008. október	584	229	106	37	256	8038
2008. december	640	235	117	52	249	8038
2009. január	699	243	140	57	214	8019
2009. április	827	248	201	47	321	8019
2009. július	885	245	227	55	271	8019
2009. október	899	268	186	68	301	8019
2009. december	982	299	199	100	349	8019
2010. január	1059	320	179	119	371	7969
2010. április	1013	367	176	73	384	7969
2010. július	891	379	133	53	321	7969
2010. október	876	389	117	49	370	7969
2010. december	959	382	136	103	365	7969
2011. január	1089	401	173	144	394	7919
2011. április	852	292	138	54	215	7919
2011. július	754	214	121	73	213	7919
2011. október	611	177	89	26	145	7919
2011. december	658	179	86	8	203	7919
2012. január	916	190	106	6	230	7822
2012. április	841	195	97	8	313	7822
2012. július	748	200	64	10	247	7822
2012. október	801	210	53	10	249	7822
2012. december	916	206	82	8	267	7822
2013. január	973	276	60	7	275	7724

3. számú melléklet: Közfoglalkoztatás

Évszámok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Aktív korúak rendelkezésre állási támogatása (BPJ, FHT)	243	263	296	321	347	377	308	240
Aktív korúak rendszeres szociális segélye					58	75	82	42
Közhasznú munkát végzők száma (közmunakaprogram + közhasznú munka)	124	180	145	127	129	189	400	238

4. számú melléklet: A Karcagi Kistérség foglalkoztatási adatai

	Társulás ö.				
	Nyilv. állásker.	ebből 365 napon túl	Munkavállaló korú népes.	Foglalkoztatottak száma (15-64 év közötti korosztályból bejelentett dolgozó)	Akikről nincs információ, vagy egyéb ellátásban részesül, pl.: rokkant
2005. január	3 180	861	30 152	15 369	11 603
2005. április	3 089	967	30 152	15 484	11 579
2005. július	3 023	897	30 152	15 612	11 517
2005. október	2 832	897	30 152	15 666	11 654
2005. december	3 152	947	30 152	15 530	11 470
2006. január	3 277	964	30 088	15 438	11 373
2006. április	2 802	975	30 088	15 745	11 541
2006. július	2 778	986	30 088	15 763	11 547
2006. október	2 753	987	30 088	15 753	11 582
2006. december	2 987	1 084	30 088	15 597	11 504
2007. január	3 280	1 125	30 321	16 164	10 877
2007. április	3 210	1 133	30 321	15 785	11 326
2007. július	3 078	1 173	30 321	15 806	11 437
2007. október	3 131	1 210	30 321	15 617	11 573
2007. december	3 429	1 314	30 321	15 723	11 169
2008. január	3 590	1 409	30 043	15 943	10 510
2008. április	3 488	1 475	30 043	15 722	10 833
2008. július	3 352	1 491	30 043	16 129	10 562
2008. október	3 123	1 461	30 043	16 547	10 373
2008. december	3 681	1 542	30 043	16 302	10 060
2009. január	3 823	1 567	30 026	15 783	10 420
2009. április	4 163	1 597	30 026	14 880	10 983
2009. július	3 899	1 417	30 026	15 210	10 917
2009. október	3 720	1 189	30 026	15 168	11 138
2009. december	4 038	1 257	30 026	15 231	10 757
2010. január	4 497	1 332	29 866	14 828	10 541
2010. április	4 225	1 348	29 866	14 594	11 047
2010. július	3 886	1 338	29 866	15 076	10 904
2010. október	3 967	1 424	29 866	13 696	12 203

5. számú melléklet: Szociális mutatók

Évszámok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Időskorúak járadéka	5	6	5	5	5	5	4	2
Ápolási díj méltányosságból	96	105	53	11	31	44	50	86
Közfogygyellatási igazolvány	81	69	71	59	57	45	47	41
Lakásfenntartási támogatás	267	394	434	425	466	526	541	599
Átmeneti segély	206	239	234	252	297	286	73	61
Temetési segély	37	25	19	16	29	28	32	42
Köztemetés	0	1	3	4	2	2	2	1
Első lakáshoz jutók támogatása/eset	0	0	0	31	12	3	8	4
Súlyos mozgáskorlátozottak közlekedési támogatása	380	377	287	297	242	240	193	162
Eü. szolgáltatásra jogosító hatósági bizonyítvány	1	2	88	134	148	127	132	210
Rendszeres gyermekvédelmi támogatás	1441	100						
Rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény megállapítása		528	1191	1159	1203	1191	1146	1049
Rendkívüli gyermekvédelmi támogatás	518	563	499	388	420	456	14	16

Évszámok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Védelembe vétel	77	64	61	52	42	59	39	35
Családba fogadás	17	17	20	28	23	21	21	31
Ideiglenes hatályú elhelyezés	4	1	3	8	6	4	4	2
Átmeneti nevelésbe vétel	31	28	28	43	53	61	12	15
Tartós nevelésbe vétel	4	6	2	1	1	1	0	0
Nevelési felügyelet elrendelése	0	0	0	0	0	0	0	0
Utógondozó kirendelése	9	3	3	10	6	2	4	5
Gyermektartásdíj megelőlegezése	5	4	5	9	9	9	4	14
Otthonteremtési támogatás	6	1	2	3	7	4	4	5

6. számú melléklet: Fogyatékosok száma

	2005.				2006.				2007.			
	0-17	18-61	62-	összesen	0-17	18-61	62-	összesen	0-17	18-61	62-	összesen
Vakok	Magasabb összegű családi pótlék	12	36	48	Magasabb összegű családi pótlék	8	39	47	Magasabb összegű családi pótlék	7	39	46
Süketek		4	0	4		4	0	4		4	0	4
Autisták		0	0	0		0	0	0		0	0	0
Értelmi fogyatékosok		27	0	27		27	0	27		25	0	25
Mozgásszervi fogy.		33	38	71		34	43	77		33	57	90
Halmazottan fogy.		3	2	5		3	2	5		3	2	5
Összesen:	101	79	76	256	95	76	84	255	84	72	98	254
	2008. év				2009. év				2010. év			
	0-17	18-67	62-	össz. (18-)	0-17	18-67	62-	össz. (18-)	0-17	18-67	62-	össz. (18-)
Vakok	Magasabb összegű családi pótlék	10	30	40	Magasabb összegű családi pótlék	12	31	43	Magasabb összegű családi pótlék	11	31	42
Süketek		5	0	5		5	0	5		5	0	5
Autisták		0	0	0		0	0	0		0	0	0
Értelmi fogy.		27	0	27		28	0	28		29	0	29
Mozgásszervi fogy.		38	62	100		35	74	109		38	77	115
Halmazottan fogy.		3	1	4		4	1	5		3	2	5
Összesen:		83	93	176		84	106	190		86	110	196

7. számú melléklet: Iskola-egészségügyi adatok

	TANÉV							
	2004/2005	2005/2006	2006/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010	2010/2011	2011/2012
3-14 éves korosztály								
Beíratott tanulók száma	1663	1654	1326	1562	1440	1078	1076	1014
Vizsgált tanulók száma	1376	1278	1201	1049	968	643	623	560
Mozgás-szervrendszer rendellenességek (Lúdtalp, tartási rendellenességek, scoliosis, M. Scheuermann) :	258	271	351	403	424	247	252	226
Túlsúly:	98	118	114	126	120	142	150	119
Szem és látás (fénytörési hibák, színlátás zavarai):	162	130	57	85	68	61	71	56
Légúti betegségek (asthma bronchiale, rhinitis allergica):	3	16	36	29	33	34	34	25
Szív- érrendszer (ritmuszavarok, cardiomyopathiák):	1	7	15	6	10	9	1	3
Magasvérnyomás:	2	2	0	1	10	15	2	14
Emésztőrendszer (lisztérzékenység, tejérzékenység, tejcukor-érzékenység, ételallergia) :	2	7	6	7	6	4	5	5
Diabetes Mellitus:	2	4	3	2	3	3	0	0
Epilepszia:	4	13	7	7	4	8	3	1
Magatartási zavarok:	4	7	8	5	6	3	2	1
14-18 éves korosztály								
Beíratott tanulók száma	1161	1235	1085	1039	1065	nincs adat	nincs adat	nincs adat
Vizsgált tanulók száma	551	560	499	507	583	nincs adat	nincs adat	nincs adat
Mozgás-szervrendszer rendellenességek (Lúdtalp, tartási rendellenességek, scoliosis, M. Scheuermann) :	63	109	48	33	96	nincs adat	nincs adat	nincs adat
Túlsúly:	30	25	31	43	35	nincs adat	nincs adat	nincs adat
Szem és látás (fénytörési hibák, színlátás zavarai):	21	40	28	29	35	nincs adat	nincs adat	nincs adat
Légúti betegségek (asthma bronchiale, rhinitis allergica):	11	12	8	9	17	nincs adat	nincs adat	nincs adat
Szív- érrendszer (ritmuszavarok, cardiomyopathiák):	18	1	17	17	18	nincs adat	nincs adat	nincs adat
Magasvérnyomás:	11	3	6	3	3	nincs adat	nincs adat	nincs adat
Emésztőrendszer (lisztérzékenység, tejérzékenység, tejcukor-érzékenység, ételallergia) :	0	1	1	0	1	nincs adat	nincs adat	nincs adat
Diabetes Mellitus:	0	1	1	0	1	nincs adat	nincs adat	nincs adat
Epilepszia:	0	0	2	1	1	nincs adat	nincs adat	nincs adat
Magatartási zavarok:	2	1	3	1	1	nincs adat	nincs adat	nincs adat

8. számú melléklet: Iskola egészségügyi adatok százalékos kimutatása:

	TANÉV							
	2004/2005	2005/2006	2006/2007	2007/2008	2008/2009	2008/2009	2008/2009	2008/2009
3-14 éves korosztály								
Mozgás-szervrendszer rendellenességek (Lúdtalp, tartási rendellenességek, scoliosis, M. Scheuermann) :	15,5%	16,4%	26,5%	25,8%	29,4%	22,9%	23,4%	22,3%
Túlsúly:	5,9%	7,1%	8,6%	8,1%	8,3%	13,2%	13,9%	11,7%
Szem és látás (fénytörési hibák, színlátás zavara):	9,7%	7,9%	4,3%	5,4%	4,7%	5,7%	6,6%	5,5%
Légúti betegségek (asthma bronchiale, rhinitis allergica):	0,2%	1,0%	2,7%	1,9%	2,3%	3,2%	3,2%	2,5%
Szív- érrendszer (ritmuszavarok, cardiomyopathiák):	0,1%	0,4%	1,1%	0,4%	0,7%	0,8%	0,1%	0,3%
Magasvérnyomás:	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,7%	1,4%	0,2%	1,4%
Emésztőrendszer (lisztérzékenység, tejérzékenység, tejcukor-érzékenység, ételallergia) :	0,1%	0,4%	0,5%	0,4%	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%
Diabetes Mellitus:	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%	0,3%	0,0%	0,0%
Epilepszia:	0,2%	0,8%	0,5%	0,4%	0,3%	0,7%	0,3%	0,1%
Magatartási zavarok:	0,2%	0,4%	0,6%	0,3%	0,4%	0,3%	0,2%	0,1%
14-18 éves korosztály								
Mozgás-szervrendszer rendellenességek (Lúdtalp, tartási rendellenességek, scoliosis, M. Scheuermann) :	5,4%	8,8%	4,4%	3,2%	9,0%	nincs adat	nincs adat	nincs adat
Túlsúly:	2,6%	2,0%	2,9%	4,1%	3,3%	nincs adat	nincs adat	nincs adat
Szem és látás (fénytörési hibák, színlátás zavara):	1,8%	3,2%	2,6%	2,8%	3,3%	nincs adat	nincs adat	nincs adat
Légúti betegségek (asthma bronchiale, rhinitis allergica):	0,9%	1,0%	0,7%	0,9%	1,6%	nincs adat	nincs adat	nincs adat
Szív- érrendszer (ritmuszavarok, cardiomyopathiák):	1,6%	0,1%	1,6%	1,6%	1,7%	nincs adat	nincs adat	nincs adat
Magasvérnyomás:	0,9%	0,2%	0,6%	0,3%	0,3%	nincs adat	nincs adat	nincs adat
Emésztőrendszer (lisztérzékenység, tejérzékenység, tejcukor-érzékenység, ételallergia) :	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	nincs adat	nincs adat	nincs adat
Diabetes Mellitus:	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	nincs adat	nincs adat	nincs adat
Epilepszia:	0,0%	0,0%	0,2%	0,1%	0,1%	nincs adat	nincs adat	nincs adat
Magatartási zavarok:	0,2%	0,1%	0,3%	0,1%	0,1%	nincs adat	nincs adat	nincs adat

9. számú melléklet: Kivonat a megye lakosságának egészségi állapotáról

Ez dr. Sinkó-Káli Róbert megyei tiszti főorvos által készített a Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Önkormányzat számára a megye lakosságának egészségi állapotáról, az egészségromlást kiváltó vélelmezett okokról és a szükséges tennivalókról szól 2011. évi Tájékoztatójából szó szerint idézett szöveg.

5. Halandóság

Az Standardizált Halálozási Hányados (SHH) adatait használtuk fel a mortalitás bemutatásra. A régió - illetve ahol rendelkezésre állnak a kistérség - adatainak bemutatása standardizált mutatók segítségével történt. A területi halálozási különbségek kimutatására indirekt standardizált halálozási hányadost (SHH) használtunk, mely százalékos formában fejezi ki a vizsgált terület halálozását az országos átlaghoz (100%) viszonyítva.

Az SHH tulajdonképpen az a mutatószám, amely egy adott lakosságcsoportra vonatkozóan hasonlítja össze a halálozások tényleges számát a várt halálozással. Az adott lakosságcsoportban várt (elvárt) halálozást az összehasonlítás alapjául választott népesség halálozásából számolják ki. Ha ez a mutató adott lakosságcsoportban nagyobb, mint 100, akkor ott magasabb a halandóság, rosszabb a helyzet, mint az alapul választott népességben.

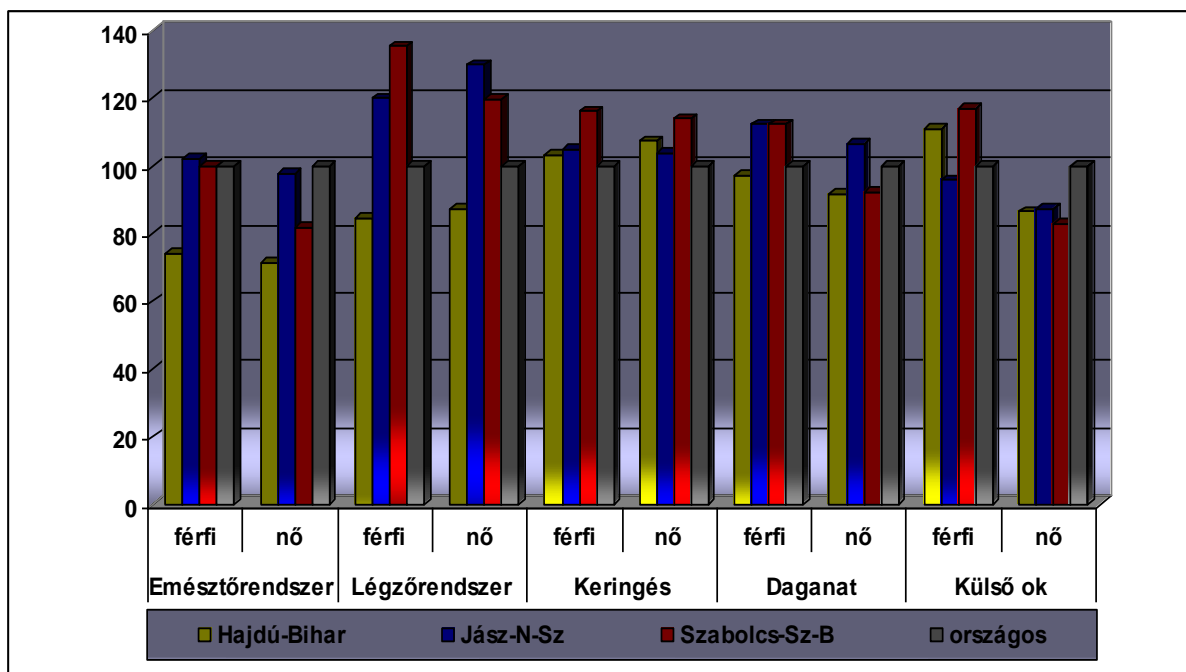
5.1. Legfőbb halálokok megyénkben

A megyénk adatait összehasonlítva az országos adatokkal elmondható, hogy szinte minden halálok esetében az országos átlag feletti a halálozási mutatóink. A legfőbb halálokokat megvizsgálva látható, hogy a nemek közt is halálozási különbség tapasztalható

A 2010 évi adatokat megvizsgálva azt tapasztaljuk, hogy mindkét nemnél az emésztőrendszeri és a keringési ok miatti halálozás hasonló az országoshoz. Nők esetében az országosnál valamivel kedvezőbbek a megyénk mutatói a külső ok miatti halálozás vonatkozásában. (23. ábra)

23. ábra

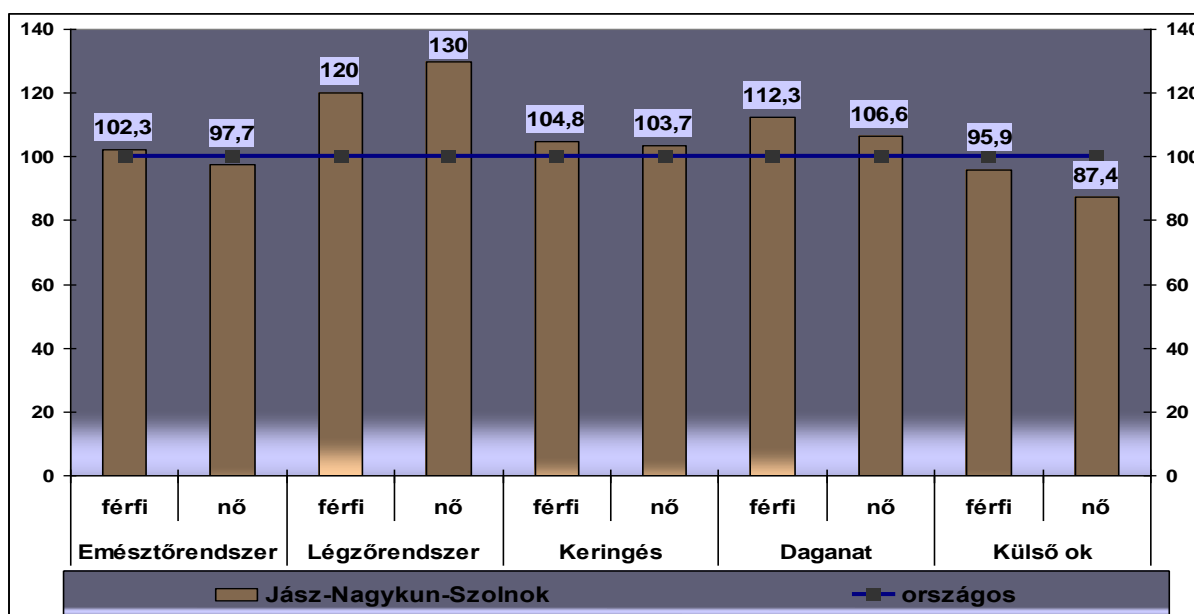
Megyei standardizált halálozási hányados (SHH) a legfőbb halálokok vonatkozásában Magyarországon, a régióban 2010 évben



Forrás: OTH

24. ábra

Megyei standardizált halálozási hányados (SHH) a legfőbb halálokok vonatkozásában, Jász-Nagykun-Szolnok megyében az országoshoz viszonyítva 2010-ben



Forrás: OTH

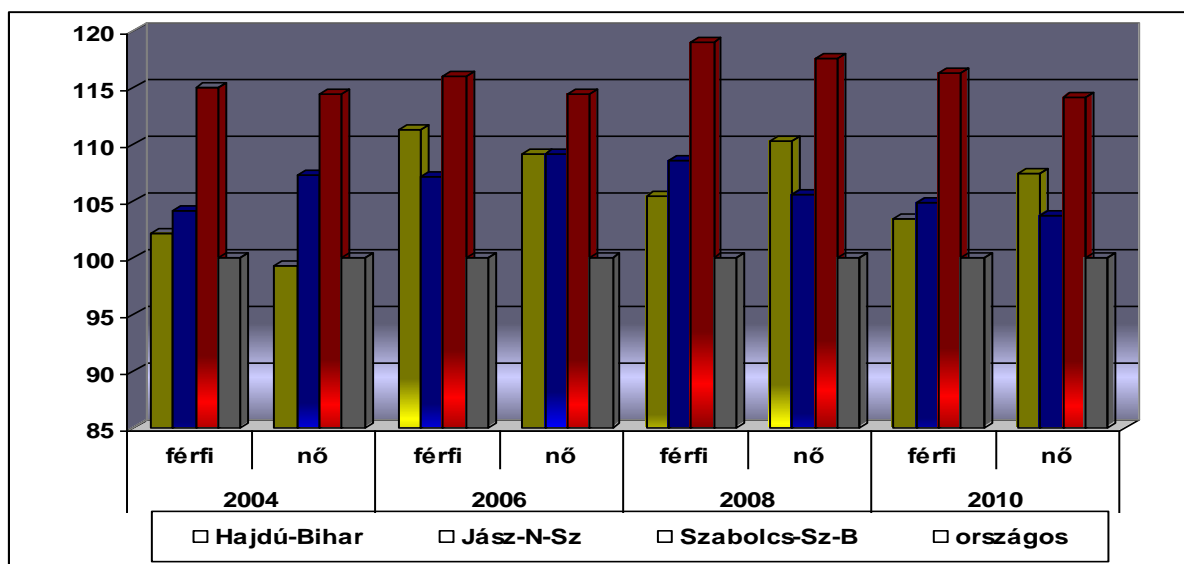
Az összes halálozás adatait figyelembe véve 2010-ben, megyénkben első helyen a légzőrendszeri, második helyen a daganat, harmadik a keringési ok, negyedik az emésztőrendszeri és végül ötödik helyen a külső ok miatti halálozás szerepel. (24. ábra)

5.2. A keringési rendszer megbetegedése okozta halálozás

A halálokok között kiemelt helyet foglal el a keringési rendszer, közte is főként a szív koszorúér betegségei, elsősorban a szívinfarktus. A keringési rendszer betegségein belül Jász-Nagykun-Szolnok megyében a szív-érrendszeri betegségek halálozása, így az ischaemiás szívbetegség miatti halálozás okozza a legnagyobb veszteséget. A halálozás gyakorisága mindkét nem esetében meghaladja az országos átlagot. (25. ábra)

25. ábra

Megyei standardizált halálozási hányados (SHH) a keringési betegségek okozta halálozás vonatkozásában Magyarországon, a régióban 2004-2010 évben



Forrás: OTH

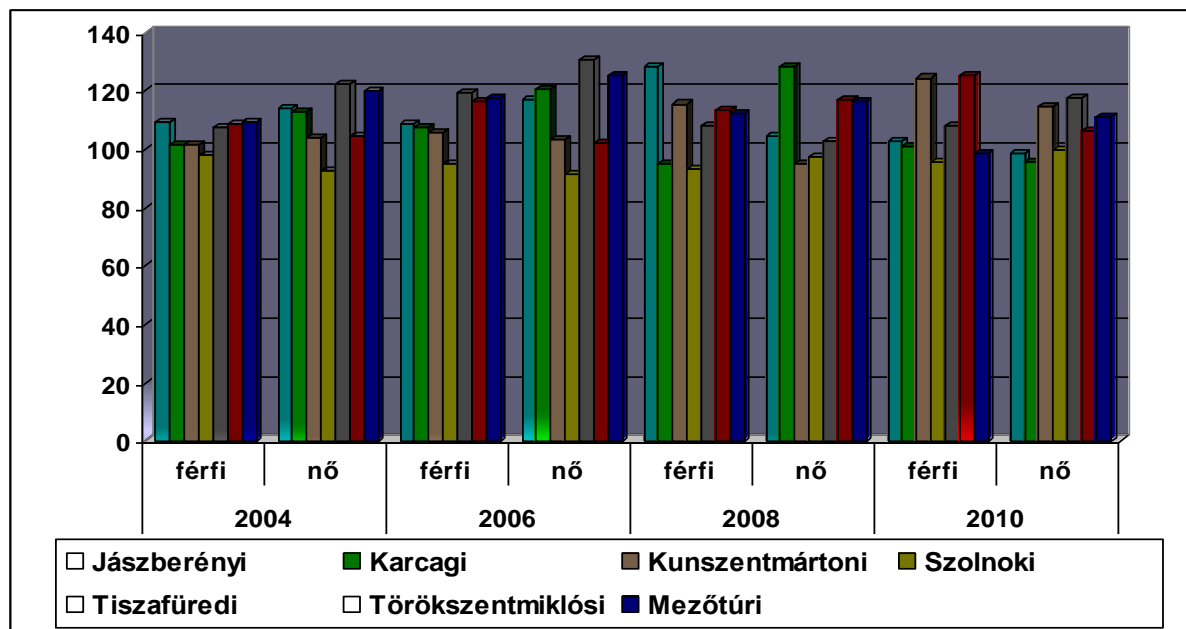
Sok haláleset, a szív-érrendszeri megbetegedések kockázati tényezői, - a már sokat emlegetett magas vérnyomás, a cukorbetegség, a zsíryanagcsere-betegség, az elhízás, a dohányzás és az alkoholizmus, valamint az egészségtelen táplálkozás, és mozgásszegény életvitel is - életmódváltással megelőzhetővé válna.

Az önpusztító életmód – jellemzően a dohányzás, az egészségtelen táplálkozás, a mozgásszegény életvitel – a figyelmen kívül hagyott, vagy elégtelenül, illetve rosszul kezelt magas vérnyomás betegség külön-külön és együtt is veszélyeztet, vagy tovább rontja az érintettek esélyét egy teljes és egészségesebb, alkotó élet esélyét.

A keringési betegség okozta halálozás tekintetében a nőknél elmondható, hogy 2010 évben a legrosszabb mutató a tiszafüredi kistérségben fordult elő, ezt követte a kunszentmártoni, illetve a mezőtúri kistérség halálozása. A legkedvezőbb a karcagi kistérségben volt a halandóság. A férfiak esetében a legrosszabb a törökszetmiklói és a kunszentmártoni, a legkedvezőbb a szolnoki kistérség volt. (26. ábra)

26. ábra

Kistérségi standardizált halálozási hányados (SHH) a keringési betegségek okozta halálozás vonatkozásában Jász-Nagykun-Szolnok megye kistérségeiben 2004-2010 évben



Forrás: OTH

5.2.1. Az ischaemiás szívbetegség okozta halálozás

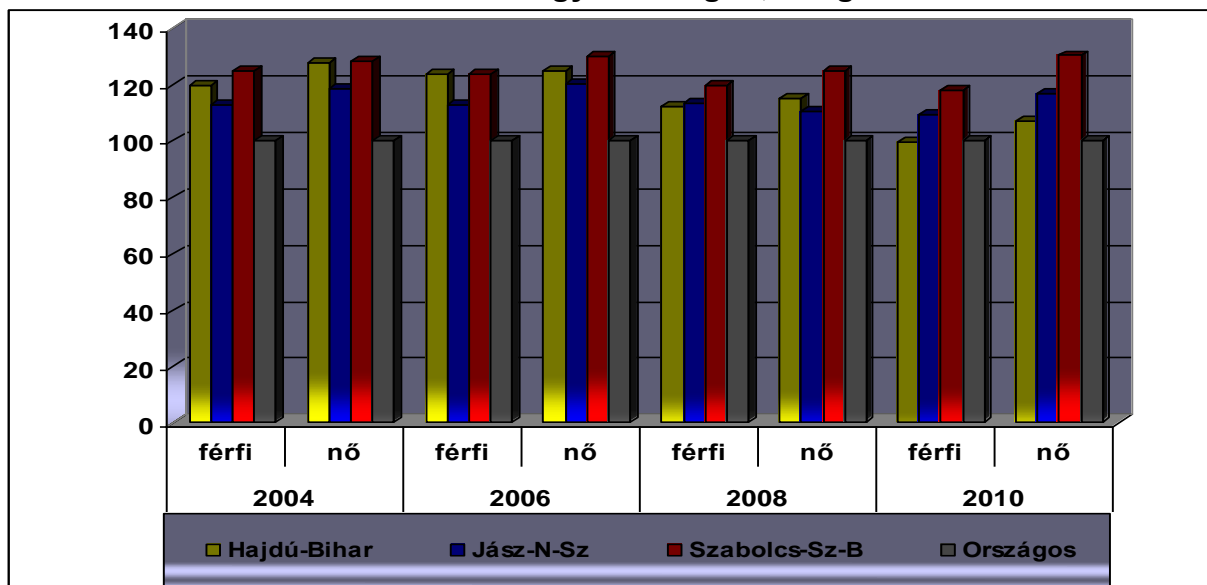
Az ischaemiás szívbetegség oka nem ismert, ugyanakkor kialakulásában fontos szerepet tulajdonítanak az ún. kockázati tényezőknek: a vér magas zsíradékszintje, magas vérnyomás-betegség, dohányzás stb., melyek külön-külön is tetemesen, együttesen azonban hatványozódva fokozzák a betegség gyakoriságát. A vérlipidek szintje és a szívbetegségek közötti összefüggésben több nemzeti és nemzetközi vizsgálat alapján általánosan elfogadott.

Epidemiológiai vizsgálatok azt is bebizonyították, hogy a magas vérnyomás egyik fő rizikó tényezője a koszorúér betegség kialakulásának. A vizsgálatok azt is kimutatták, hogy a diasztolés vérnyomás 5 Hgmm-el való csökkenése az ischaemiás szívbetegség előfordulását 21%-al csökkenti a kezelés megkezdése előtti értékhez viszonyítva. Megfelelő kezeléssel sokat tehetünk az ischaemiás szívbetegség okozta halálozás ellen.

Az ischaemiás szívbetegségek okozta halálozás adatait megvizsgálva látható, hogy évek óta mindkét nem esetében kedvezőtlenebbek megyénk mutatói az országoshoz viszonyítva. 2008 évhez viszonyítva lényeges változás nem tapasztalható. A vizsgált időszakban a nők adatai kedvezőtlenebbek, ez alól csak a 2008 évi adat kivétel. (27. ábra)

27. ábra

Megyei standardizált halálozási hányados (SHH) ischaemiás szívbetegek okozta halálozás vonatkozásban Magyarországon, a régióban 2004-2010 évben



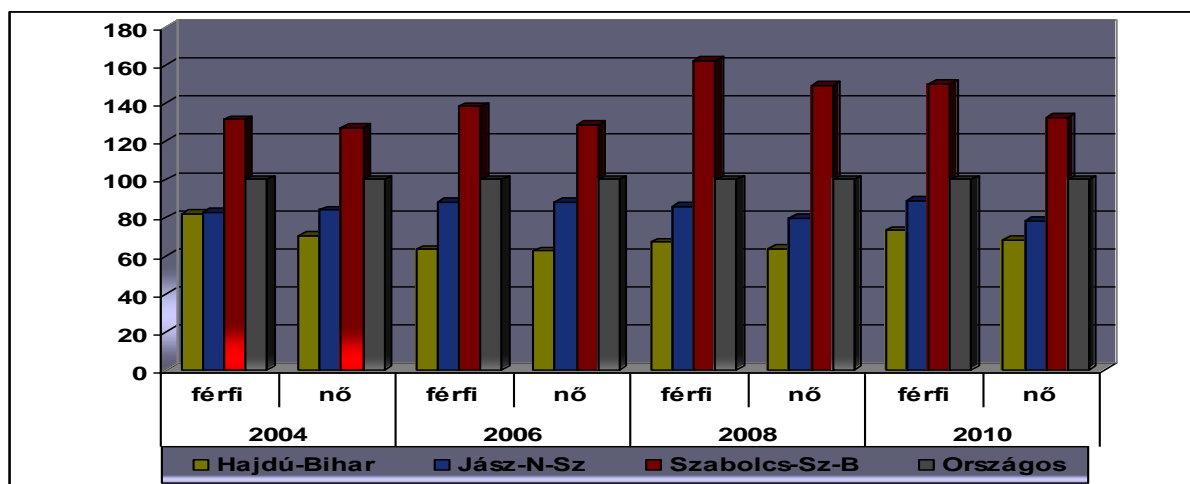
Forrás: OTH

5.2.2. Agyér-betegség okozta halálozás

Az agyi-érbetegek között legnagyobb arányban szereplő agyvérzéseket általában a nem hatékonyan kezelt, vagy a fel nem ismert magas vérnyomás betegség okozza, melynek felismerése és kezelése a világon mindenhol az alapellátás kompetenciájába tartozik. A vizsgált időszakban megyénk adatai az országoshoz viszonyítva kedvezőbbek. Hajdú-Bihar megye jobb, míg Szabolcs megye kedvezőtlenebb mutatókkal rendelkezik a nők és férfiak vonatkozásában egyaránt. 2008 és 2010 évben is jellemző, hogy a férfianál kissé kedvezőtlenebbek a halálozási mutatók a nőkéhez viszonyítva. (28. ábra)

28. ábra

Megyei standardizált halálozási hányados (SHH) az agyér-betegségek miatti halálozás vonatkozásában Magyarországon, a régióban férfiak és nők körében 2004-2010. évben



Forrás: OTH

Nagy jelentősége van a szív- és érrendszeri megbetegedések megelőzésben a különböző szűrőprogramoknak, amely a legfőbb rizikótényezőket vizsgálja, így a vérnyomás és testzsír mérésnek, koleszterin és vércukorszint ellenőrzésének is. Megfelelő életmóddal, így egészséges táplálkozással, mozgással, mérsékelt só fogyasztással a betegségek nagy része megelőzhetővé, ezáltal az idő előtti halálozás is kivédhetővé válna.

5.3. Daganatos megbetegedések okozta halálozás

Igen kevés azoknak a rosszindulatú daganatoknak a száma, melyek kialakulásának oka tisztázott. Elmondható általánosságban, hogy a rák keletkezéséért elsősorban a normális sejtműködésért felelős gének meghibásodása a felelős. Az eredmény: kóros sejtnövekedés illetve sejtosztódás. Kiderült, hogy számos ráktípus esetén külső tényezők – pl. étkezés, életmód, vegyi anyagok és a környezet – okozzák a géneltéréseket, vagy más néven génmutációkat.

A környezeti, biológiai hatások és a genetikai hajlam is nagy szerepet játszik e betegségek kialakulásában. A daganatok kialakulásában számos kockázati tényező is elősegítő tényező lehet, melyek közül több (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás, egészségtelen táplálkozás stb.) az életmódra vezethető vissza.

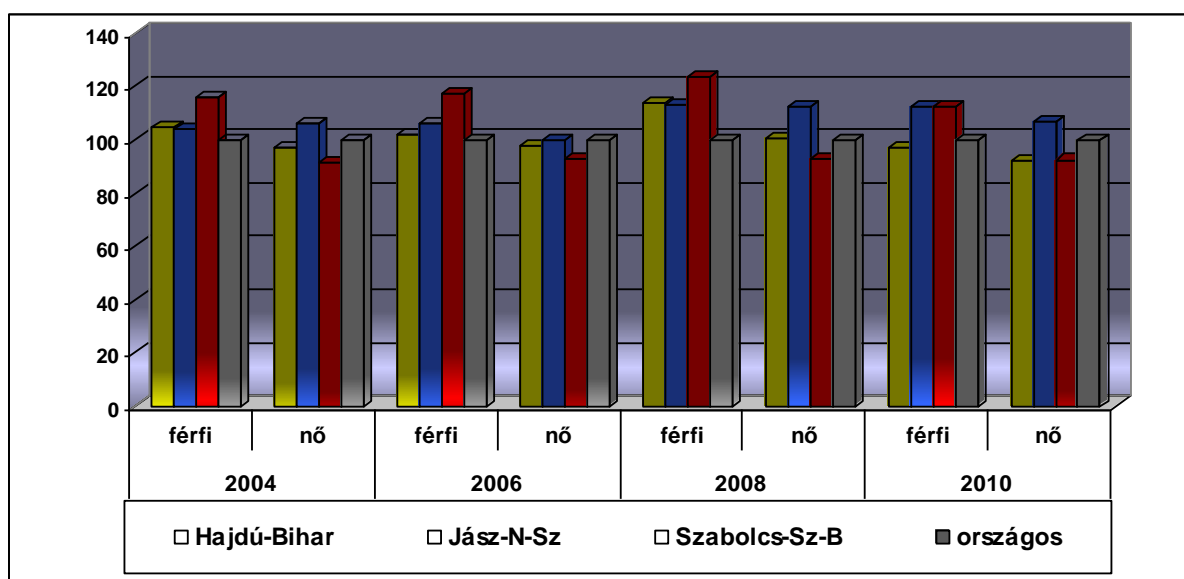
Sokat tehetünk a rosszindulatú daganatok kialakulása ellen a helyes életvezetéssel, körültekintő környezetkímélő magatartással, az embert védő munkakörnyezet biztosításával, valamint az ivóvíz, a levegő és az élelmiszerek biztonságának növelésével. További fontos tényező lehet egyes daganatok okozta halálozások csökkentésében a szűrővizsgálat és a korai kezelés is.

5.3.1. Összes daganatos megbetegedések okozta halálozás

A férfiaknál és nőknél is az összes daganatos betegség előfordulása 2010-ben az országos átlag feletti volt. Régiós összehasonlításban is megyénkben rosszabb eredményeket találtunk. A 2008. évi adatokkal összehasonlítva a 2010-es mutatókat, a férfiaknál nem változott, míg a nőknél kicsit csökkent a halálozás aránya. (29. ábra)

29. ábra

Megyei standardizált halálozási hányados (SHH) az összes daganat miatti halálozás vonatkozásban Magyarországon, a régióban férfiak és nők körében 2004-2010 között

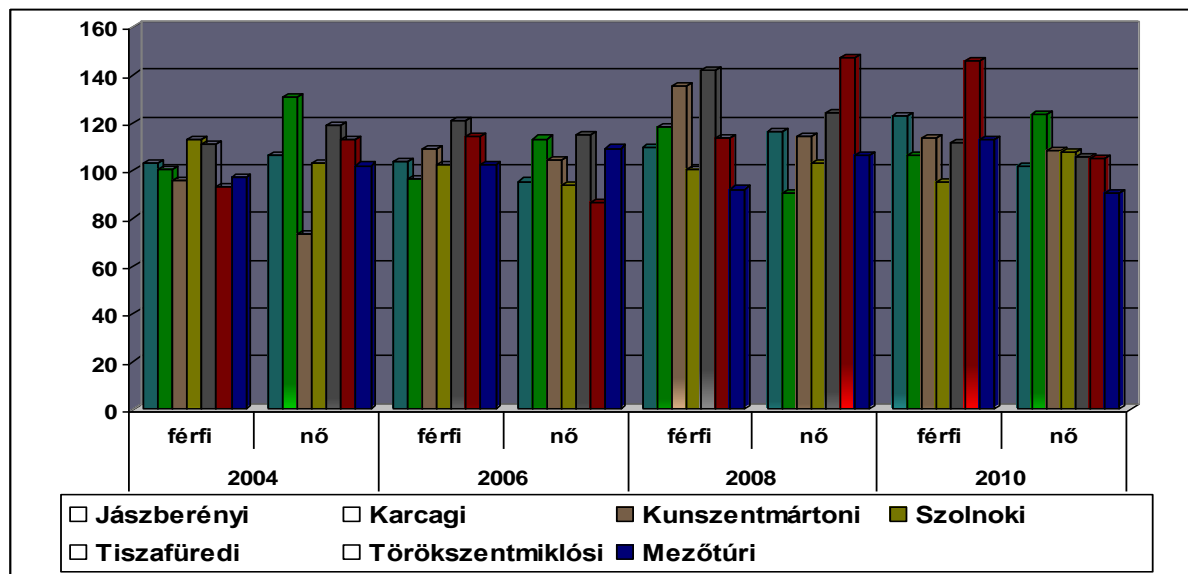


Forrás: OTH

A kistérségi adatok elemzésekor azt tapasztaltuk, hogy a nők és a férfiak területi halálozása eltérő. 2010 évben a nőknél halálozási adat legkedvezőtlenebb a karcagi, míg a legkedvezőbb a mezőtúri kistérségben. A férfiaknál a törökszentmiklósi kiugróan magas, míg a szolnoki kistérség adatai a legkedvezőbbek. (30. ábra)

30. ábra

Kistérségi standardizált halálozási hányados (SHH) az összes daganat miatti halálozás tekintetében az Jász-Nagykun-Szolnok megye kistérségeiben férfiak és nők körében 2004-2010 között

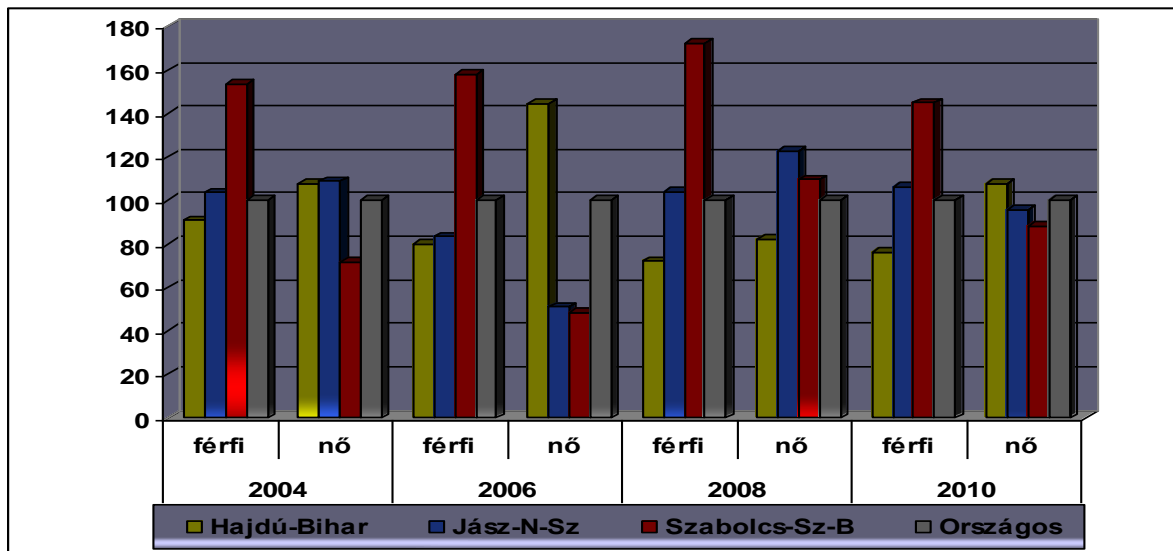


Forrás: OTH

5.3.2. Ajak, szájüreg és garat rosszindulatú daganat okozta halálozás

Jász-Nagykun-Szolnok megyében, 2010 évben az ajak, szájüreg, garat daganatos halálozása tekintetében a férfiak halálozásának gyakorisága kicsit magasabb az országosnál, a nőknél pedig kicsit alacsonyabb. A 2008 évit viszonyítva a 2010-es adatokhoz, a férfiak esetében változás nem történt, nőknél viszont lényeges javulás tapasztalható. (31. ábra)

31. ábra
Megyei standardizált halálozási hányados (SHH) az ajak, szájüreg, garat rosszindulatú daganat
miatti halálozás tekintetében Magyarországon, a régióban férfiak és nők körében
2004-2010 között



Forrás: OTH

Ezen a daganatoknak a két fő rizikófaktor a dohányzás és az alkoholfogyasztás. Elsődleges preventív feladat az egészséges életmódra nevelés, a dohányzás és a túlzott alkoholfogyasztás visszaszorítása, valamint a megfelelő szájhigiénia betartása. Másodlagos preventív feladat a korai szűrés segítségével idejében megkezdeni a beavatkozást, kezelést.

5.3.3. A nyelvcső rosszindulatú daganata okozta halálozás

A nyelvcsőrák a nyelvcső nyálkahártyájából kiinduló rosszindulatú daganatos (tumoros) megbetegedés, mely az összes rákos megbetegedés két, az emésztőrendszer rosszindulatú daganatainak négy százalékát teszi ki.

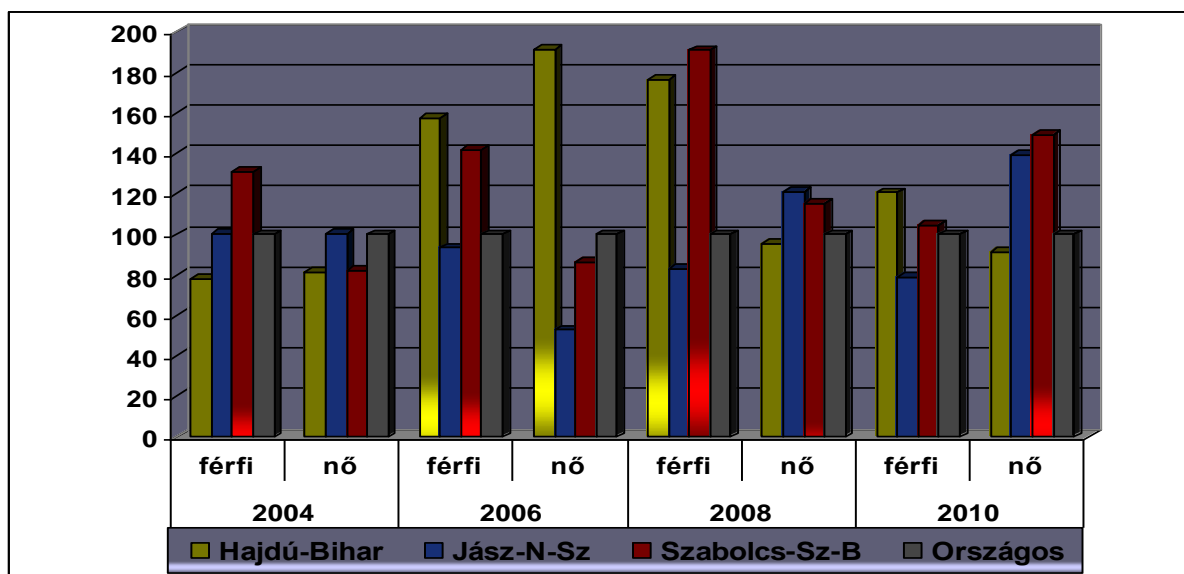
A nyelvcsőrák kialakulása jól meghatározott életmódbeli faktorokra vezethető vissza, így a túlzott alkoholfogyasztás és dohányzás mellőzésével, megfelelő táplálkozással, a gyomorsavtúltengés kezelésével számos esetben megelőzhető.

A túlzott alkoholfogyasztás, főként az égetett szeszes italok hajlamosítanak nyelvcsőrák kialakulására. Jelentős szerepe van a dohányzásnak is, valamint a vitaminok hiánya (főként az antioxidáns hatású C- és E-vitamin), a nem megfelelő táplálkozás (sok füstölt étel, kevés zöldség és gyümölcs fogyasztása) is elősegíti a kór kialakulását.

2010-ben a nemek között nagy különbség mutatkozik a nyelvcső rosszindulatú daganatának előfordulásban. A férfiaknál az országostól és a régió többi megyéjétől is jobb adatunk. A nőknél az országostól és Szabolcs megyétől lényegesen rosszabb, míg a Hajdú-Bihar megyeinél lényegesen jobb a mutatószámunk. (32. ábra)

32. ábra

Megyei standardizált halálozási hányados (SHH) a nyelvőcső rosszindulatú daganata okozta halálozás tekintetében Magyarországon, a régióban férfiak és nők körében 2004-2010 között



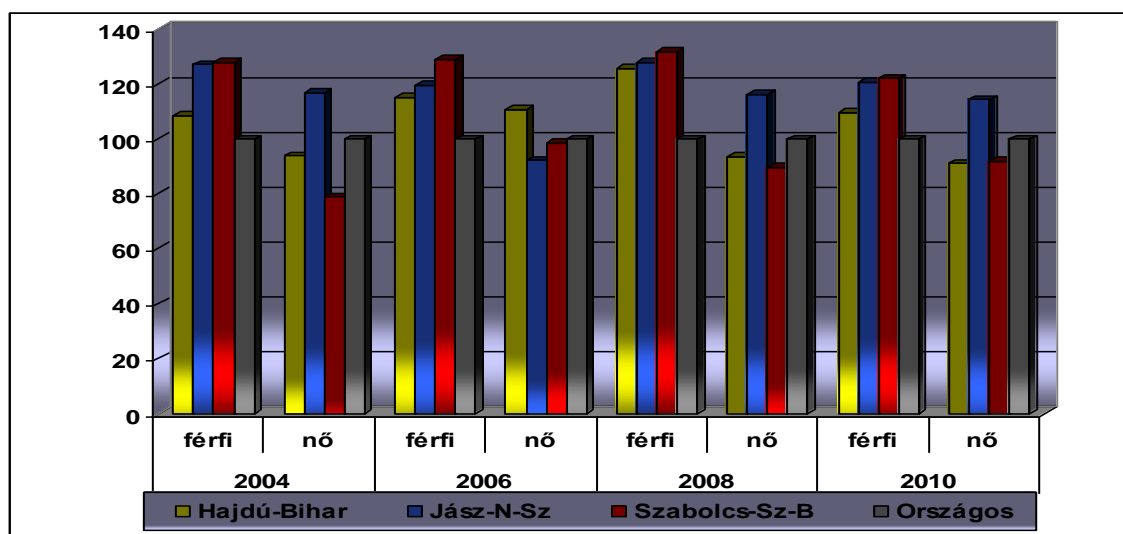
Forrás: OTH

5.3.4. A légcső, hörgő, tüdő rosszindulatú daganata okozta halálozás

A vizsgált időszakban mindkét nemben e daganatfajtának az előfordulása jelentősen magasabb az országos szinthez képest, ettől kivétel csak 2006 év adata képez. A 2010 évit a 2008 évihez viszonyítva a nők adatai szinte nem változtak, míg a férfiak esetében kisebb csökkenés tapasztalható. 2010 évben a nők esetében a régióban is a legrosszabb adatokkal rendelkezünk. (33. ábra)

33. ábra

Megyei standardizált halálozási hányados (SHH) a légcső, hörgő, tüdőrák tekintetében Magyarországon, a régióban férfiak és nők körében 2004-2009 között



Forrás: OTH

A dohányzás messze a tüdőrák leggyakoribb rizikótényezője. A fejlett államokban a tüdőrákban elhunytak 90%-a dohányos. Dohányzók esetében csaknem 10-szer nagyobb a tüdőrák kialakulásának valószínűsége, mint nemdohányzóknál. A dohányfüst mintegy 60 karcinogént tartalmaz. Ezek közül legfontosabbak a radon és radioaktív bomlástermékei, nitrózaminok, benzpirén.

A dohányzással eltöltött évek, illetve az elszívott dohánytermék mennyisége határozza meg elsősorban a daganat kialakulásának kockázatát. A passzív dohányzás – főleg gyermekkorban-fiatalkorban – is jelentős rizikótényező. A betegség legfőbb okaként, a dohányzás szerepel. A passzív dohányzás ugyancsak növeli a tüdőrák kockázatát.

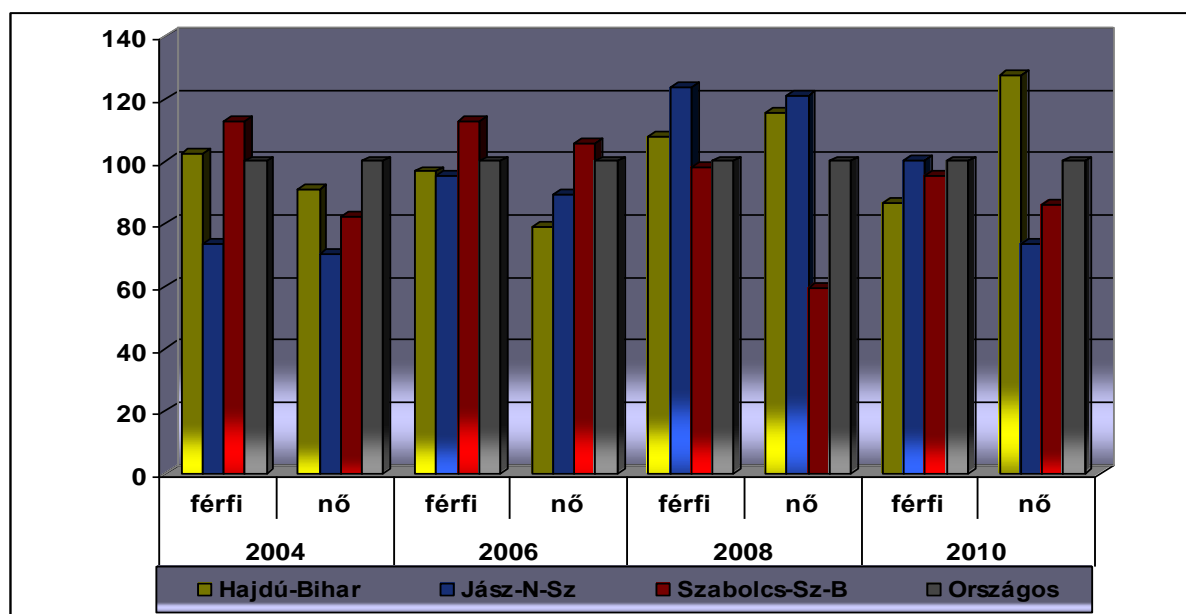
5.3.5. Méhnyakrák és a prosztatata daganat okozta halálozás

2010 évben a méhnyakrák miatti halálozás adatai a 2008 évihez viszonyítva lényegesen jobbak és a prosztatatarák miatti halálozás előfordulása is javult. 2010 évben a méhnyakrák előfordulása a régióban a legalacsonyabb megyékben. A prosztatatarák esetében az országgal azonos arányú, de Szabolcs és Hajdú- Bihar megye adataitól viszont rosszabb. (34. ábra)

A WHO szerint központilag szervezett lakosságszűrés javasolt az emlő és a méhnyak daganatok esetén, de ajánlatos a vastagbél, a szájüreg és a tüdődaganat esetén a veszélyeztetettek célzott szűrése is. A férfiak prosztatata vizsgálatának és szűrésének is fontos szerepe van a megelőzésben és a korai kezelésben. A szűrővizsgálatokon történő részvétel fokozásában is van fontos szerepe a népegészségügynek. Az időben felismert betegség jól kezelhető, gyógyítható mindkét nem esetében.

34. ábra

Megyei standardizált halálozási hányados (SHH) a méhnyakrák és a prosztatata daganat okozta halálozás tekintetében Magyarországon, a régióban 2004-2009 között



Forrás: OTH

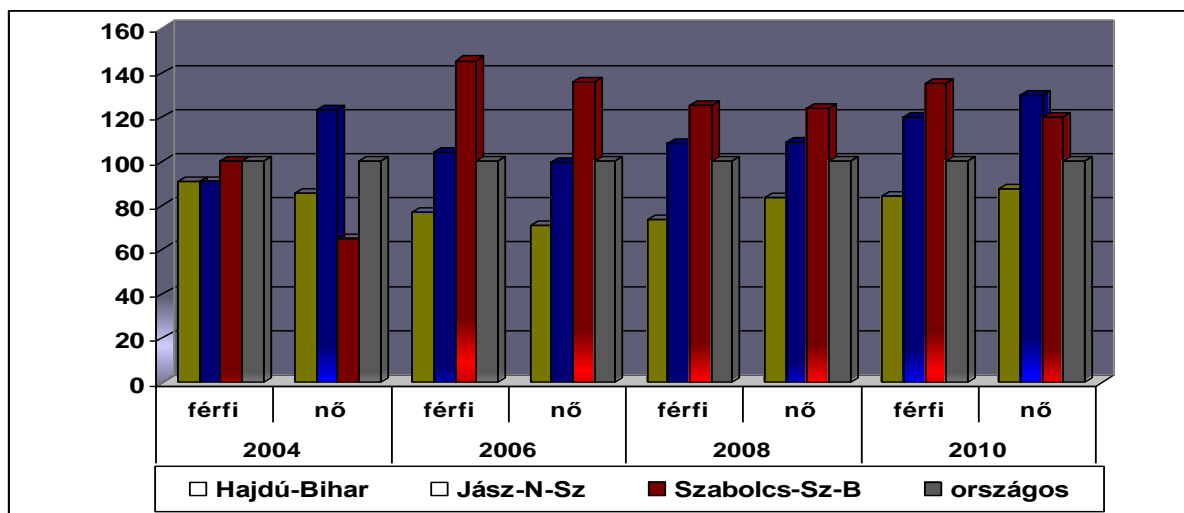
5.4. A légzőrendszer okozta halálozás

A világ tíz vezető halál oka közül négy a légzőrendszer betegsége, amelyek az összes halálozás 17%-át okozzák. A fejlődő országokban a legtöbb ember halálát ma is alsó légúti fertőzések – a légcső, a hörgők gyulladásos megbetegedései – okozzák, de a fejlett világban is a negyedik a halálokok között. A másik, világszerte egyre nagyobb jelentőségű légzőszervi halál ok a krónikus obstruktív légúti betegség (COPD).

Mindkét nem esetében a légzőrendszer okozta halálozás 2008-ban és 2010-ben is magasabb az országos átlagnál. A régióban férfiaknál Szabolcs megye adatai a legkedvezőtlenebbek, míg a nőknél a megyénk. (35. ábra)

35. ábra

Megyei standardizált halálozási hányados (SHH) a légzőrendszer okozta halálozás tekintetében Magyarországon, a régióban férfiak és nők körében 2004-2010 évben

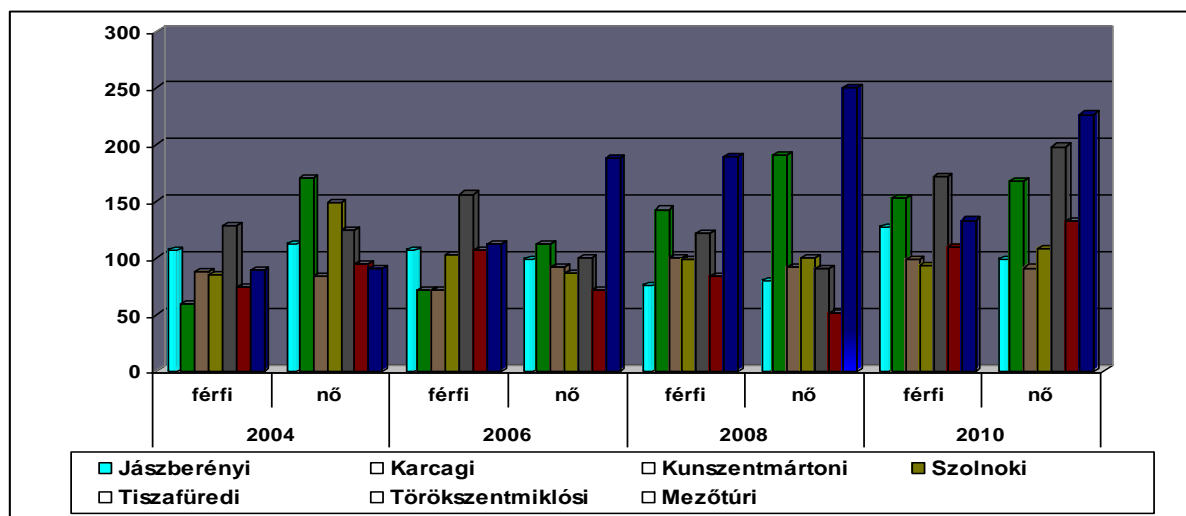


Forrás: OTH

A vizsgált időszakban a kistérségekben a légzőrendszer okozta halálozás előfordulása emelkedő tendenciát mutat. 2010-ben a nőknél legnagyobb arányú a halálozás a mezőtúri és a tiszafüredi kistérségben, a legkisebb pedig a kunszentmártoniban. A férfiak esetében a tiszafüredinél és karcaginál a legrosszabb, legjobb a szolnokinál. (36. ábra)

36. ábra

Kistérségi standardizált halálozási hányados (SHH) a légzőrendszer okozta halálozás tekintetében Jász- Nagykun –Szolnok megye kistérségeiben férfiak és nők körében 2004-2010 között



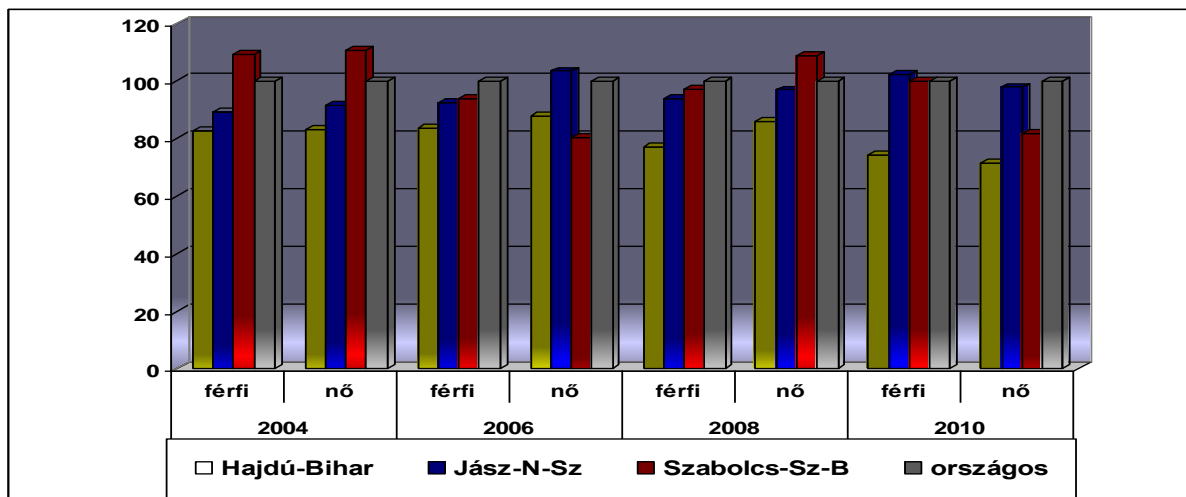
Forrás: OTH

5.5. Az emésztőrendszer okozta halálozás

Az emésztőrendszeri halálozás adatait vizsgálva kimutatható, hogy 2010-ben a nőknél kissé rosszabb, a férfianál kissé jobb adatai az országosnál. Mindkét nem esetén a halálozásoknál Jász-Nagykun-Szolnok megyében a 2008 évihez viszonyítva kis emelkedés tapasztalható. (37. ábra)

37. ábra

Megyei standardizált halálozási hányados (SHH) az emésztőrendszer okozta halálozás tekintetében a régióban férfiak és nők körében 2010 évben

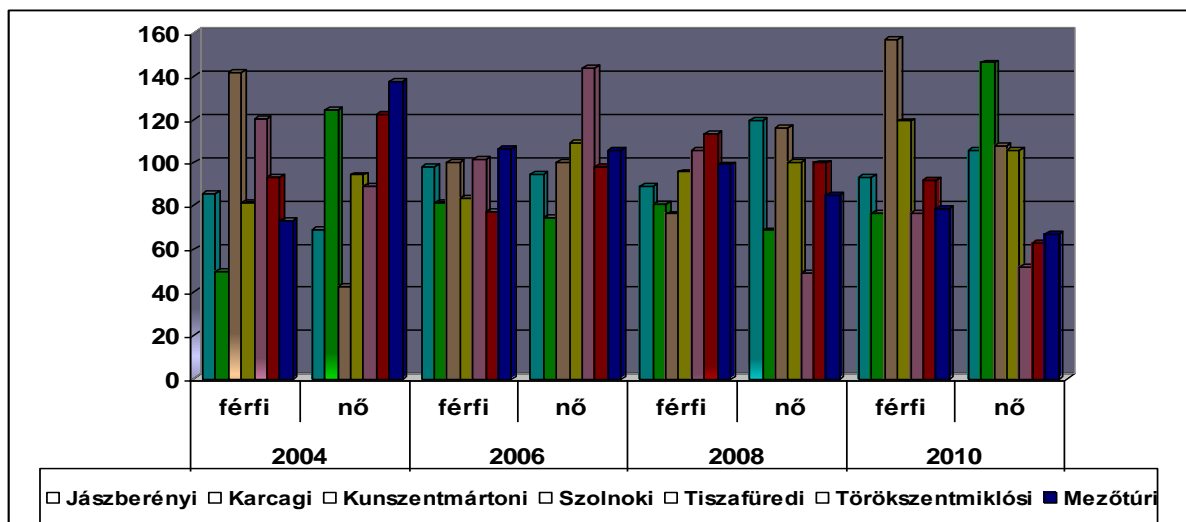


Forrás: OTH

Az emésztőrendszeri halálozás előfordulása tekintetében megállapítható, hogy a nőknél kiugróan magas a karcagi kistérségben a halálozás, a legjobb mutatóval a tiszafüredi kistérség rendelkezik. Férfiak esetében messze legrosszabb adatokkal a kunszentmártoni, míg a legkevesbé rosszal a karcagi és tiszafüredi kistérség rendelkezik. (38. ábra)

38. ábra

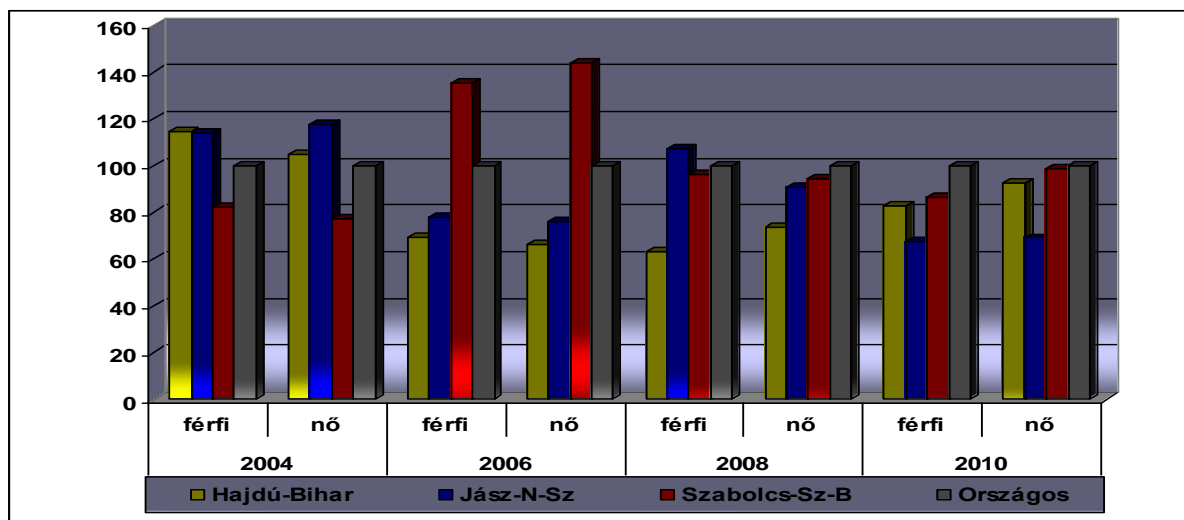
Kistérségi standardizált halálozási hányados (SHH) az emésztőrendszer okozta halálozás tekintetében Jász-Nagykun-Szolnok megye kistérségeiben férfiak és nők körében 2004-2010. évben



Forrás: OTH

Az endokrin és táplálkozási és anyagcsere betegségek okozta halálozás tekintetében elmondható, hogy 2010-ben megyénkben mindkét nem esetében az országos alatti a halálozás. A nőknél kicsit magasabb ez a számadat. (39. ábra)

39. ábra
Megyei standardizált halálozási hányados (SHH) az endokrin táplálkozási és anyagcsere betegségek okozta halálozás tekintetében Magyarországon, a régióban férfiak és nők körében 2004-2010 évben

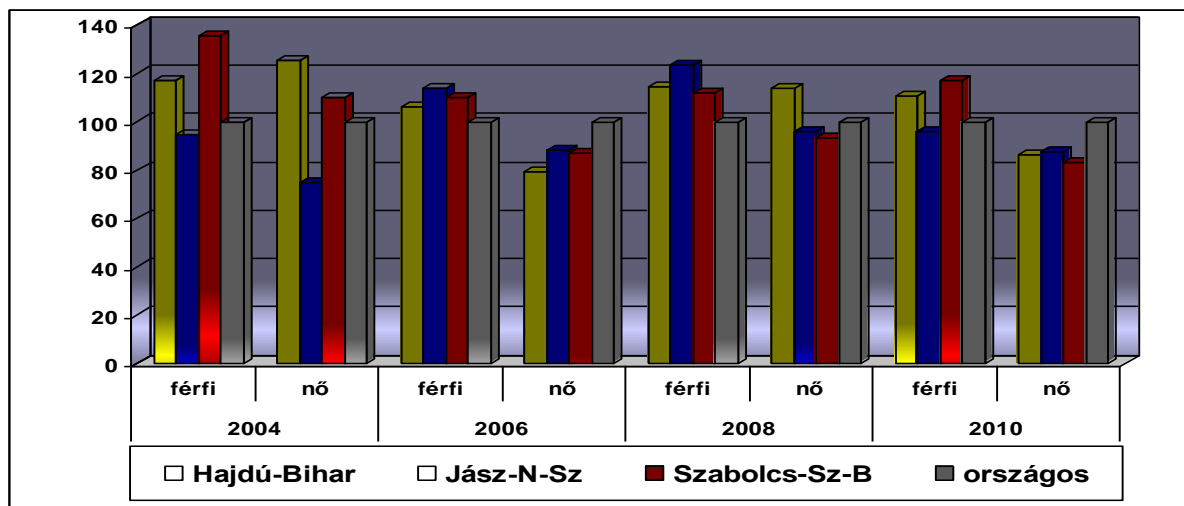


Forrás: OTH

5.6. A külső okra visszavezethető halálozás

Ebbe a halálóki főcsoportba tartoznak a balesetek,- háztartási, közlekedési és munkabalesetek-, az erőszak, ill. önsértés következtében bekövetkező halálozások is, így nagyon heterogénnek mondható. A Jász-Nagykun-Szolnok megyében mindkét nem esetében alacsonyabb a külső ok miatti halálozás megyénkben, mint az országos. A régióban férfiak esetében megyénk a legjobb, nőknél a legrosszabb adatokkal rendelkezik. A 2008-as évhez viszonyítva javulás tapasztalható. (40. ábra)

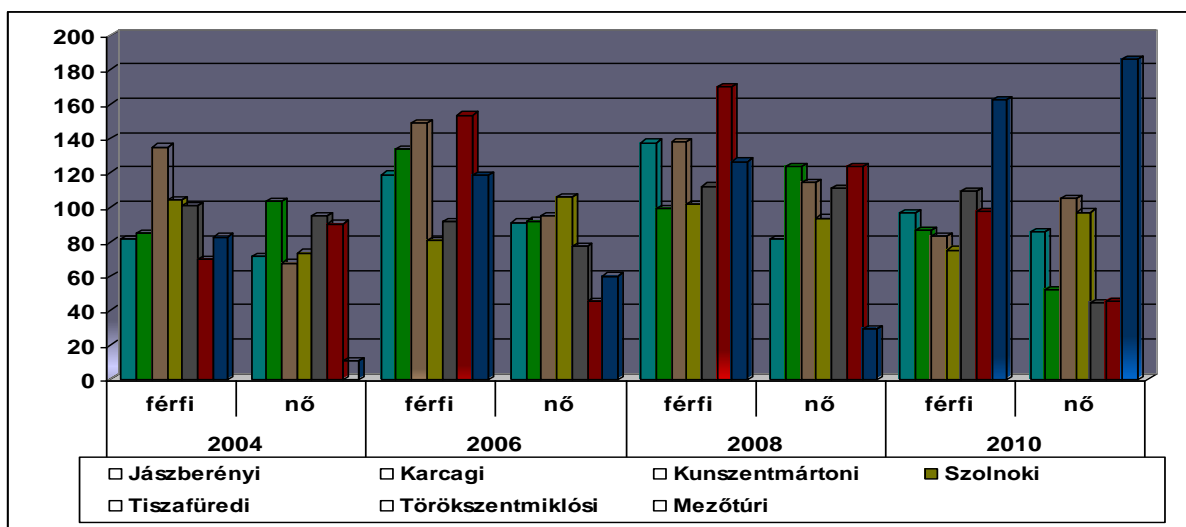
40. ábra
Megyei standardizált halálozási hányados (SHH) a külső ok miatti halálozás a régióban férfiak és nők körében 2004-2010. évben



Forrás: OTH

41. ábra

Kistérségi standardizált halálozási hányados (SHH) a külső ok miatti halálozás Jász-Nagykun-Szolnok megye kistérségeiben férfiak és nők körében 2004-2010. évben



Forrás: OTH

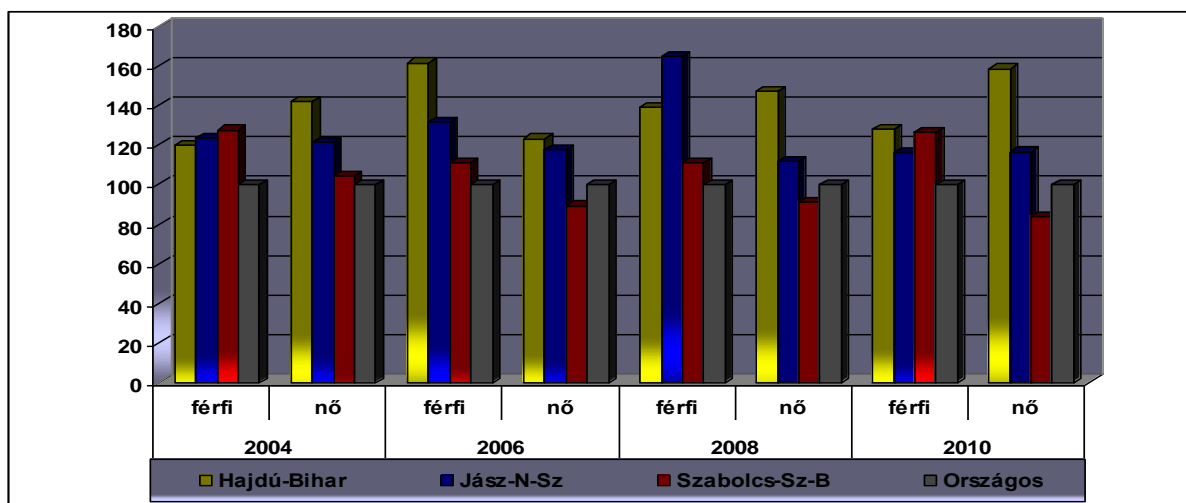
A külső ok miatti halálozás vonatkozásában elmondható, hogy 2010 évben a kistérségek közül mindkét nemnél a legrosszabb adattal a mezőtúri, míg a legkedvezőbbel nőknél a tiszafüredi, férfiaknál a szolnoki kistérség rendelkezik. A 2008-as adatokkal összehasonlítva a külső ok miatti halálozás tekintetében a mezőtúri kistérségben mindkét nem esetében lényeges romlás tapasztalható. (41. ábra)

5.6.1. Önártalom, önsértés okozta halálozás

A külső ok miatti halálozáson belül az önsértés, önártalom miatti halálozás adataiból látható, hogy mindkét nem esetében az országos átlag fölötti a halandóság megyénkben. Férfiaknál a 2008-as évhez viszonyítva javulás tapasztalható ugyan, de a nőknél kisebb romlás következett be 2010-re. (42. ábra)

42. ábra

Megyei standardizált halálozási hányados (SHH) az önártalom, önsértés miatti halálozás tekintetében a régióban férfiak és nők körében 2004-2010 között



Forrás: OTH

A népegészségügyben a mentális problémák gyakran fordulnak elő együttesen, illetve az egyes mentális zavarok szerepe az öngyilkos magatartásban is jelentős, így fontos lenne kiemelt hangsúlyt fektetni a mentális és lelki egészségvédelmet kiemelten kezelő programokra.

5.7. Egyéb halálokok

5.7.1. Dohányzás okozta halálozás

Az OTH adatai alapján a dohányzással összefüggő betegségek okozta halálozás terén (amelyek közül a szájüreg, a garat, a légcső, a tüdő, a nyelőcső daganatai, az ischaemiás szívbetegségek, az agyiér-betegségek és a krónikus obstruktív tüdőbetegségek okozta halálozást vizsgáljuk. Eszerint hazánk az európai országok mezőnyében az első harmadban található, de nem az élen. A magyarországinál magasabb, dohányzással összefüggő halálozást mutató országok közt csak volt szocialista országok találhatók. Ezért érdemes hazánkat az Európai Unió azon tagországainak átlagához mérni, amelyek a mi csatlakozásunk előtt is már tagországok voltak.

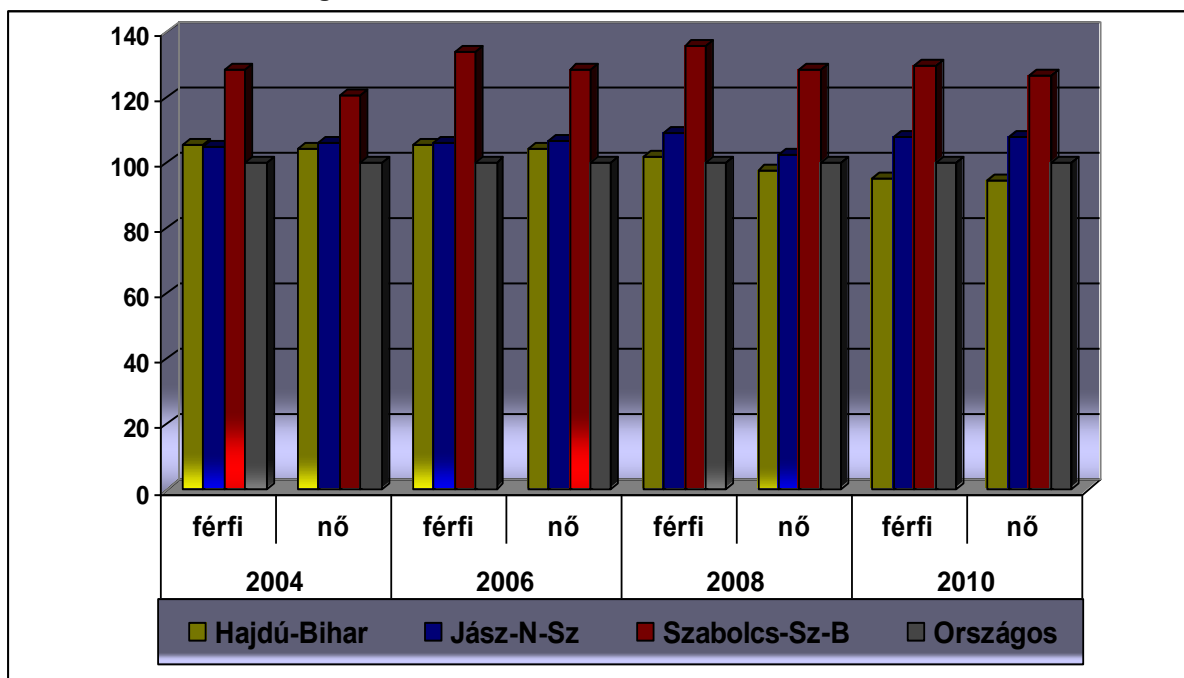
Magyarországon az 1970 és 1999 közötti időszakban mintegy 800 ezer halálozás a dohányzás miatt következett be, vagyis az utóbbi három évtizedben dohányzás okozta minden ötödik ember halálát. A férfiak halálozásainak 28, a nők halálozásainak mintegy 9 százaléka dohányzás-specifikus halálozás. 1970-ben 20 ezer, 1999-ben több mint 28 ezer ember halt meg dohányzás következtében. Ezen időszak alatt a dohányzás okozta mortalitás 19 százalékkal nőtt, miközben a dohányzástól független, egyéb okokból származó halandóság több mint 9 százalékkal csökkent. A dohányzás-specifikus halálozásról elmondható, hogy 35 év alattiak körében kevesebben halnak meg a dohányzás következtében. Ezen életkor után viszont ugrásszerűen megemelkedik a halálozások száma. 1999-ben a 35-64 év közötti férfiak tekintetében a halálozások 35 százalékát okozta a dohányzás, az azonos korú női népességben 17 százalékát. 65 évnél idősebb férfiak körében a halálozás 27, míg a nők körében 8 százalék volt a dohányzás következménye. A dohányzás halálozásra gyakorolt jelentőségét mutatja a 45 éves korban még várható élettartam görbe is, amelyen jól látszik, hogy míg 1970-ben csak 1,33 év, 2001-ben 5,6 év a különbség a 45 éves népesség még várható élettartamában.

Az Országos egészségfejlesztési Intézet OEFI 2010 adatai alapján elmondható, hogy az iskolai végzettség befolyásolja a dohányzást, a nyolc általánostól, a közép,felsőfokú végzettség esetén sorrendben a férfiak 45%,32%, 20%, míg a nők 22%, 26%, 18% naponta dohányzik. Magyarországon dohányzás következtében 20.470 ember halt meg, ami az összes halálozás egyhatodát (16%) tette ki. Férfiak esetében az összes halálozás közel negyede (23%), nőknél a tizede (9%) volt a dohányzás következménye. A korai (65 év előtt bekövetkezett) halálozások közel harmadát (29%) a dohányzás okozta. A dohányzás miatt elhunytak közül minden második 65 évnél fiatalabb volt.

A megyei standardizált halálozási mutatókat vizsgálva 2004 és 2010 között látható, hogy mindkét nem esetében a vizsgált időszakban magasabb volt a dohányzás miatti halálozás megyénkben, mint az országos. 2010 évben a nemek közötti előfordulás hasonló. (43. ábra)

43. ábra

Megyei standardizált halálozási hányados (SHH) a dohányzás miatti halálozás tekintetében a régióban férfiak és nők körében 2004-2010 között



Forrás: OTH

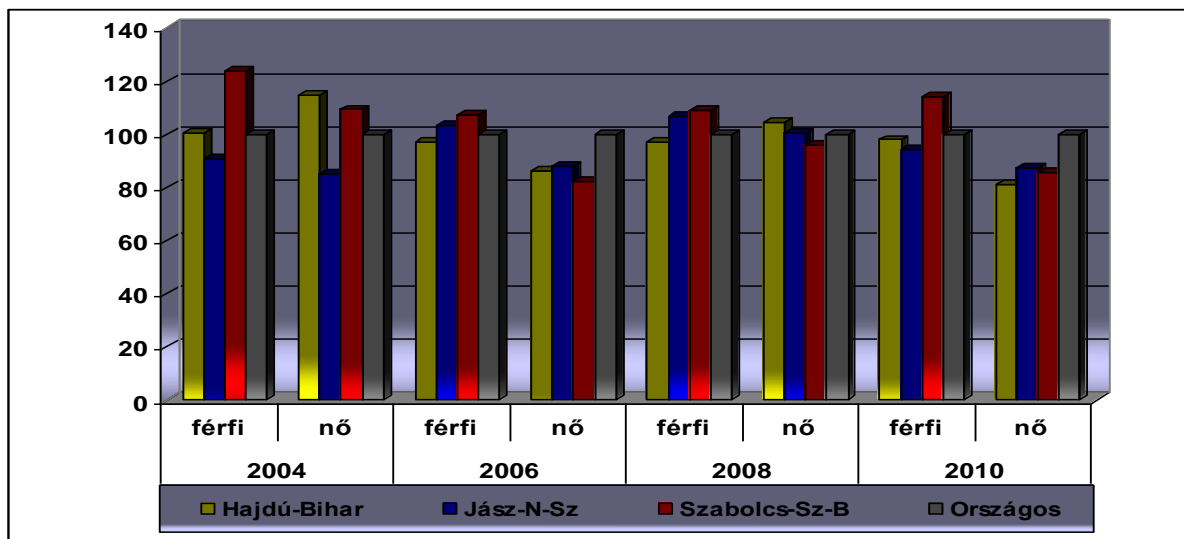
5.7.2. Az alkohol okozta halálozás

Európa országaiban az emberek évezredek óta készítenek és fogyasztanak alkoholtartalmú italokat, amelyek az egyes országok éghajlati és egyéb természeti adottságainak megfelelő növényi alapanyagokból készülnek. Az alkoholt egészen a XX. század elejéig, vagyis a modern gyógyászat kezdetéig gyakran alkalmazták gyógyszerként is. Voltak alkoholvonatkozású törvények is, ezek azonban általában a közrend fenntartását vagy a piac szabályozását szolgálták, nem pedig a közegészségügy céljait. A mértéktelen alkoholfogyasztás, illetve ennek következményei ma Magyarországon sajnos igen súlyos problémát okoznak. Hozzávetőlegesen minden tízedik ember alkoholproblémával küzd, és ezt az is tetézi, hogy társadalmunk igencsak elnéző a túlzott alkoholfogyasztással szemben. Évente átlagosan 12 liter tiszta szesz (96%-os alkohol) fogyasztása jut egyetlen magyar emberre, sokan pedig nem ismerik a mértéket, és ez sajnos még inkább igaz a felnövekvő generációkra. Egyre nagyobb az alkoholizmus aránya mind a nők, mind a fiatalok körében. Évente több mint 8000 halálesetért a cirrhózison keresztül közvetlenül az alkohol a felelős, és az alkoholfogyasztás az elmúlt tizenöt évben sokszorosára nőtt.

Megyénkben az alkohol okozta halálozás tekintetében elmondható, hogy adataink 2010 évben mindkét nem esetében az országos alattiak. A férfiak esetében a régióban is a legjobbak mutatóink. A 2008 évihez viszonyítva javulás figyelhető meg. (44. ábra)

44. ábra

Megyei standardizált halálozási hányados (SHH) az alkohol miatti halálozás tekintetében a régióban férfiak és nők körében 2004-2010 között



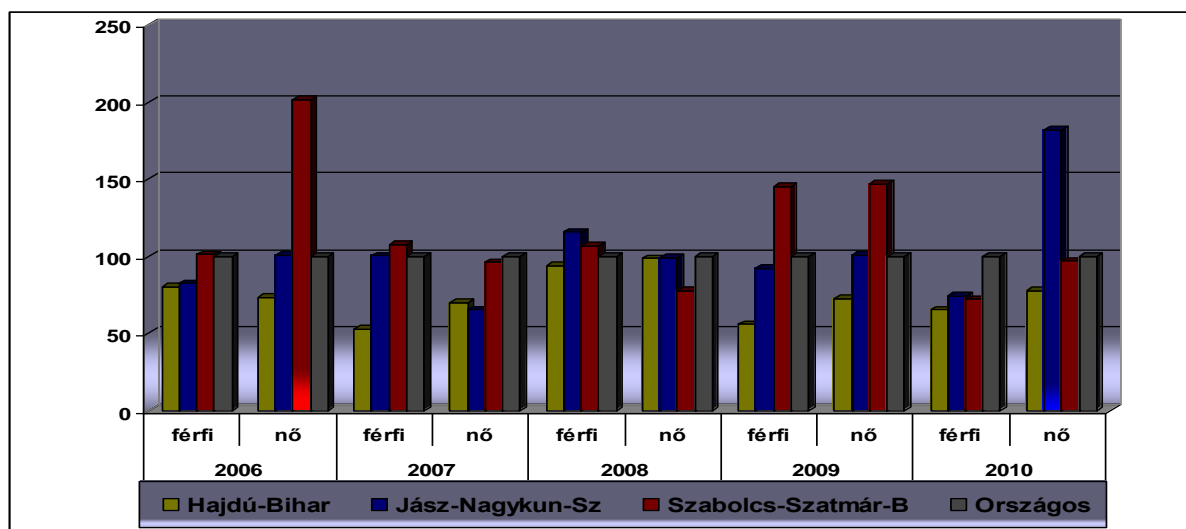
Forrás: OTH

5.7.3. A veleszületett rendellenességek okozta halálozás

A veleszületett rendellenességek tekintetében elmondható, hogy megyénkben a lányok tekintetében lényegesen rosszabb a mutatókkal rendelkezik az országoshoz és a régió másik két megyéjéhez viszonyítva is (országos 100 megyénk 181,7) SHH számadattal rendelkezik. A fiúk tekintetében a régióban ugyan a legrosszabb mutatóval rendelkezik, de az országostól viszont jobb adatokat találunk. (45. ábra)

45. ábra

Megyei standardizált halálozási hányados (SHH) a veleszületett rendellenességek miatti halálozás tekintetében a régióban férfiak és nők körében 2004-2010 között



Forrás: OTH

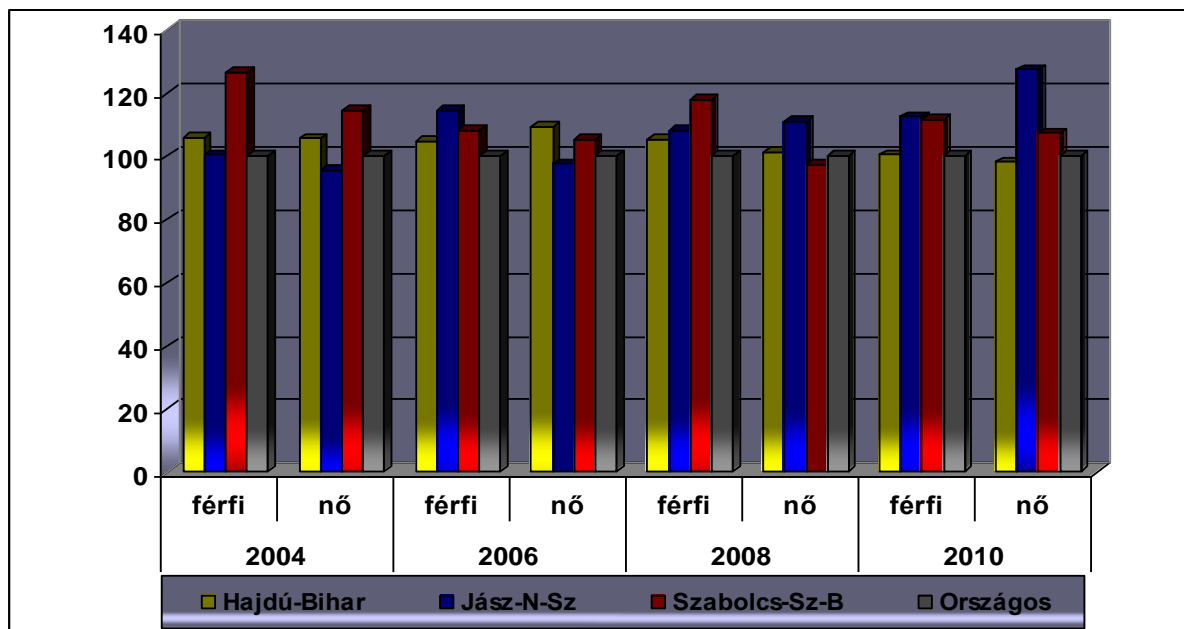
5.7.4. Az elsődleges prevenció által befolyásolható halálozás

Az elsődleges megelőzés, prevenció leginkább az, hogy a tényleges egészségmegőrzést szolgálja, vagyis az egészség általános értelemben vett támogatását jelenti. A tevékenysége középpontjában ezen a szinten elsősorban a gyermekek, a fiatalok állnak. Ők optimális esetben még egészségesek. A tájékoztató vizsgálatok, felmérések után a helyes életmódra nevelhetők, szoktathatók megfelelő program, fejlesztés segítségével. A fő cél a helyes életmódra szoktatás és annak a hétköznapi rutinná, készséggé alakítása. Így válik elérhetővé célunk, és ezzel tudjuk leghatékonyabban megelőzni a betegségeket, ezáltal a halálozások kialakulását is. Felnőtt és időskorban is fontos a megelőzés, de a kor előrehaladtával egyre nehezebb ez a nevelő feladat.

Az elsődleges prevencióval befolyásolható korai, vagyis a 65 év alatti halálozás megelőzése adatait megvizsgálva elmondható, hogy mindkét nem tekintetében 2008 és 2010 évben is az országos átlag feletti az adatok. Megyénkben az elsődleges prevencióval, így egészségfejlesztéssel sok halálozás megelőzhető lenne, és ez a nőknél magasabb arányú, mint a férfiaknál. (46. ábra)

46. ábra

**Megyei standardizált halálozási hányados (SHH) az elsődleges prevenció által befolyásolható korai halálozások tekintetében a régióban férfiak és nők körében
2004-2010 között**



Forrás: OTH

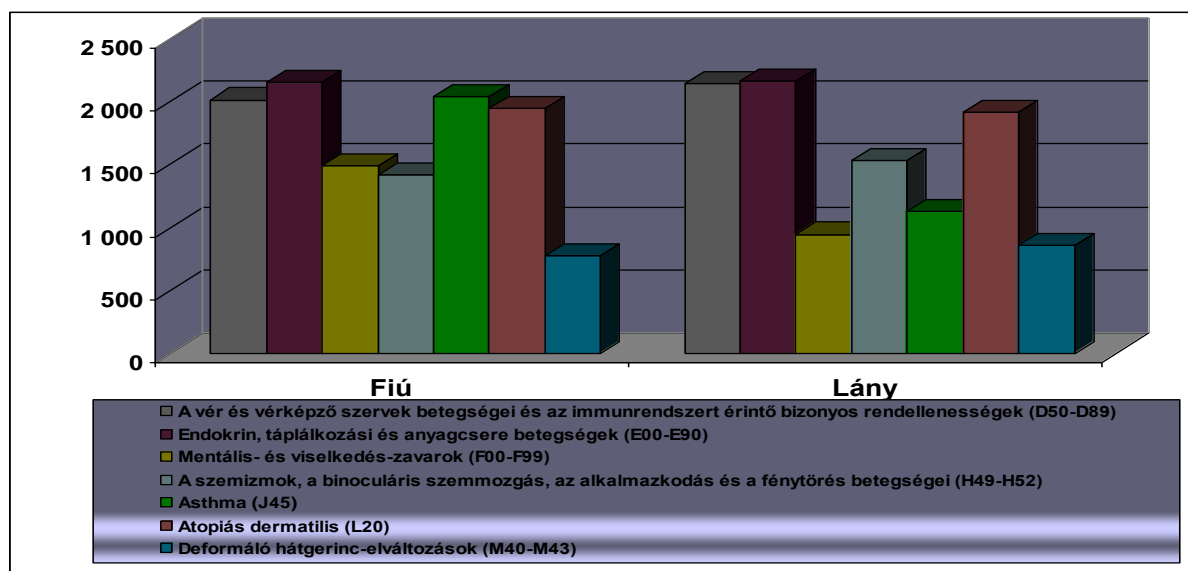
6. A megbetegedések főbb mutatói megyében

6.1. A 0-18 évesek legfőbb betegségei

Leggyakrabban előforduló betegségcsoport, az endokrin, táplálkozás és anyagcserezavar, mely mindkét nemnél közel azonos arányú. Ezt követi lányoknál a vér és vérképzőszervek, immunrendszer betegségcsoport. A fiúknál második helyen az asztma, negyedikként az atopiás dermatitis (krónikus bőrgyulladás) szerepel. A lányoknál harmadik helyen az atopiás dermatitis, ezt követi a szemizmok és fénytörési hibák betegségcsoport. (47. ábra)

47. ábra

Jász-Nagykun-Szolnok megyében leggyakrabban előforduló betegségcsoportok
0-18 éves fiúk és lányok körében 2011 évben

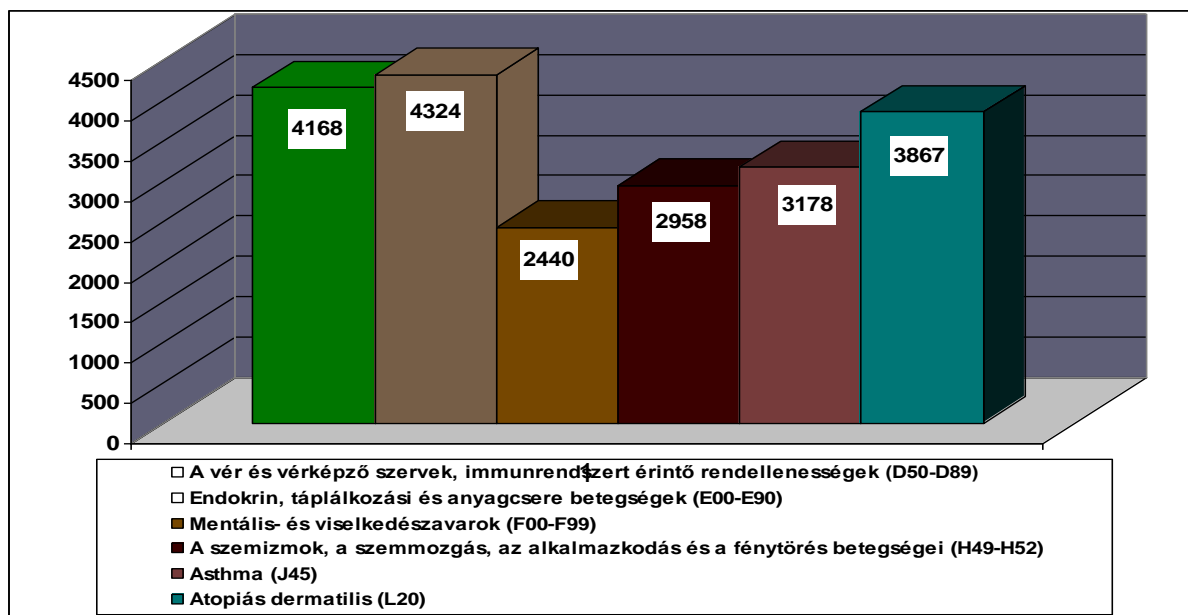


Forrás: KSH

A megyében leggyakrabban előforduló betegség az endokrin-táplálkozási és anyagcserezavar, ezt követi a vér és vérképzőszervek és immunrendszert érintő rendellenességek, illetve az atopiás dermatitis. (48. ábra)

48. ábra

Jász-Nagykun-Szolnok megye összes kistérségeiben leggyakrabban előforduló betegségek 0-18 évesek körében 2011 évben

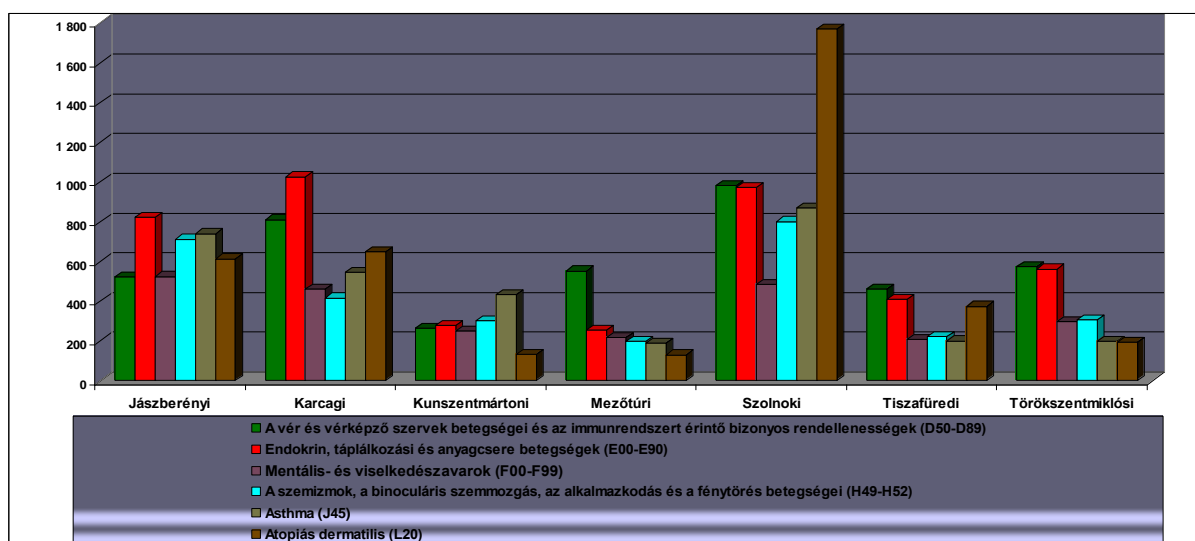


Forrás: KSH

A kistérségekben előforduló betegségek vonatkozásában elmondható, hogy az atopias dermatitis a legnagyobb arányban a szolnoki kistérségben fordul elő. A jászberényi és karcagi kistérségben az endokrin, táplálkozási és anyagcsere betegségek, míg a mezőtúri, tiszafüredi és a törökszentmiklósi kistérségben pedig a vér és vérképzőszervek és immunrendszer betegségei. (49. ábra)

49. ábra

Jász-Nagykun-Szolnok megye kistérségeiben leggyakrabban előforduló betegségek 0-18 évesek körében 2011 évben

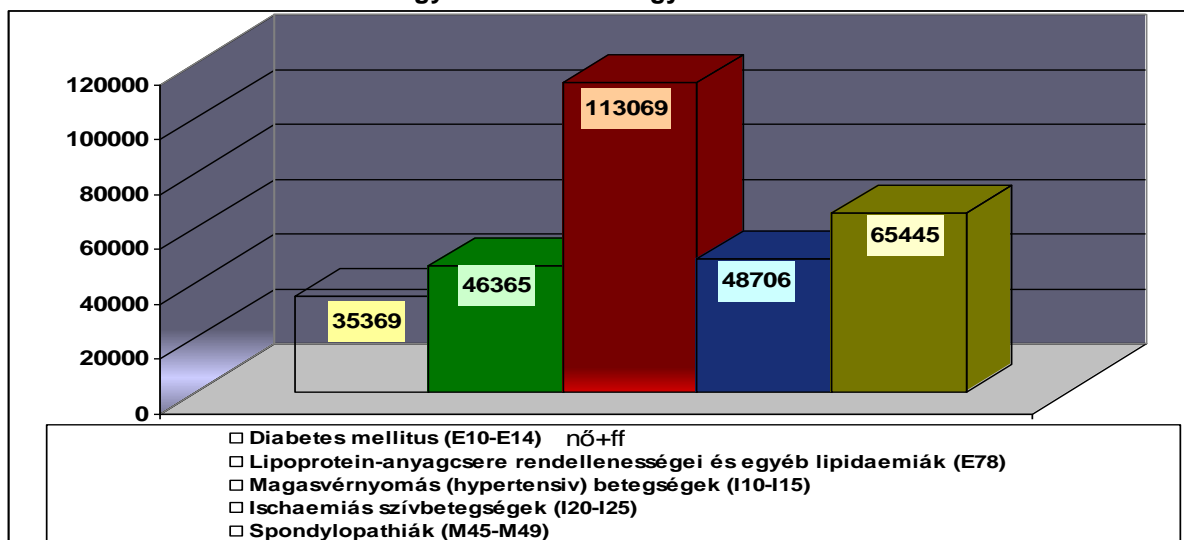


Forrás: KSH

6.2. A felnőttek legfőbb betegségei

Jász- Nagykun –Szolnok megyében felnőttkorban előforduló öt leggyakoribb betegséget vizsgáltuk. A leggyakrabban előforduló ezek közül a magasvérnyomás, ezt követik a gerincbetegségek (spondylopathiak), majd az szív vérellátása miatti oxigén hiány (ischaemias szívbetegség), negyedikként a zsírányagcsere zavarai (lipoprotein, anyagcsere betegségei) és végül a cukorbetegség (diabetes) szerepel. (50. ábra)

50. ábra
A leggyakrabban előforduló betegségek a megyében 18-x évesek körében
Jász-Nagykun-Szolnok megyében 2011 évben

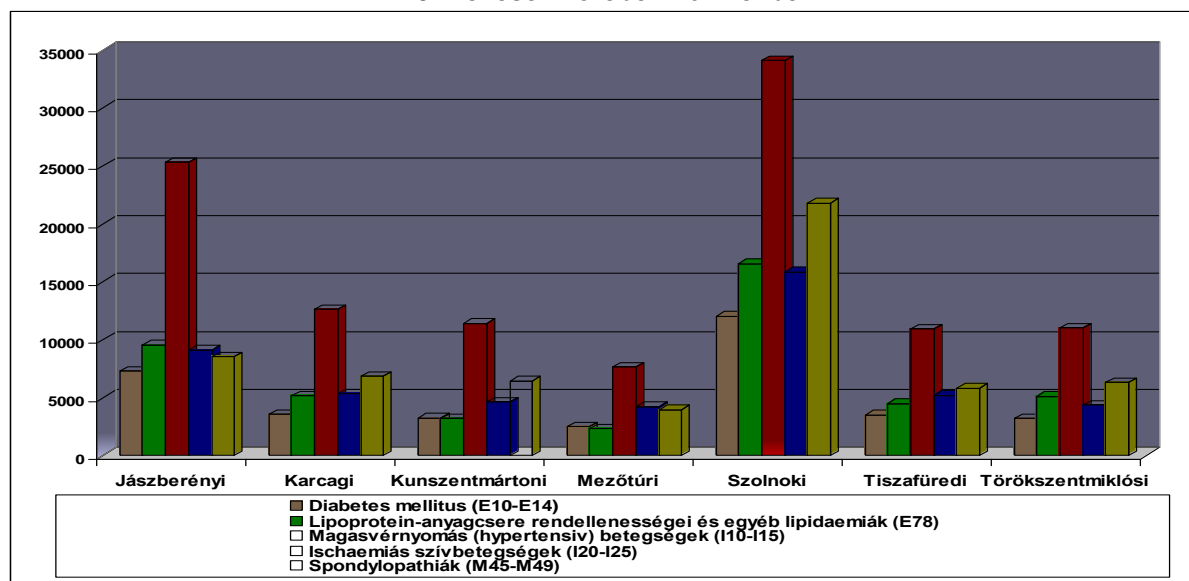


Forrás: KSH

A megyénkben felnőttkorban előforduló öt leggyakoribb betegséget vizsgáltuk a kistérségi elrendeződés vonatkozásban. A leggyakrabban előforduló betegség minden kistérségben a magasvérnyomás. Másodikként követik a gerincbetegségek (spondylopathiak), kivéve a mezőtúri kistérséget. A cukorbetegség (diabetes) leggyakoribb a szolnoki és jászberényi térségben. (51. ábra)

51. ábra

Jász-Nagykun-Szolnok megye kistérségeiben a leggyakrabban előforduló betegségcsoportok a 18-X évesek körében 2011 évben

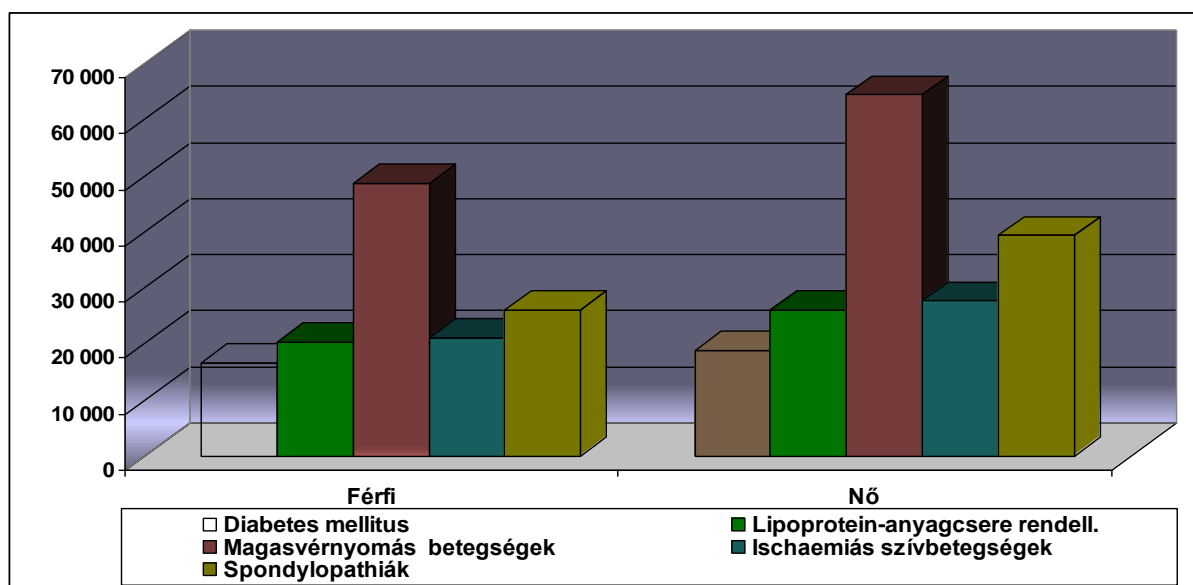


Forrás: KSH

A nemek közt vizsgálva a felnőttek körében a betegségek előfordulása tekintetében elmondható, hogy mindkét nemnél a ugyanazon betegségek a leggyakoribbak, de nőknél némely magasabb arányban van jelen. (52. ábra)

52. ábra

A Jász-Nagykun-Szolnok megyében leggyakrabban előforduló betegségcsoportok a 18-X éves férfiak és nők körében 2011 évben

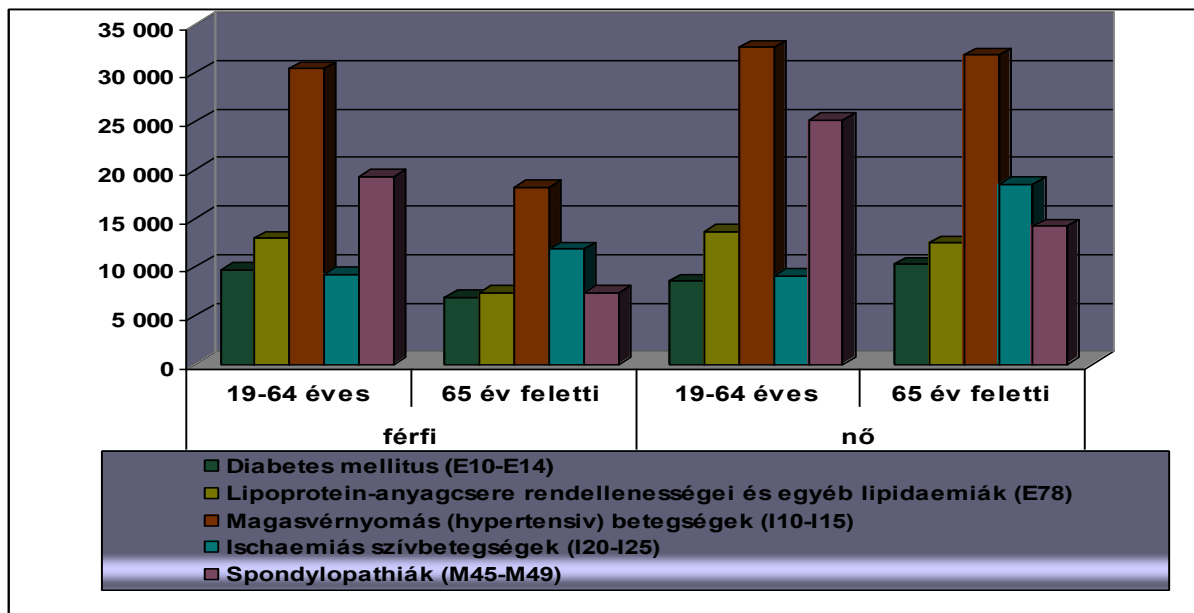


Forrás: KSH

A felnőttek körében nemenkénti és korcsoporti bontásban vizsgáltuk a betegségek előfordulását. Korcsoportonként is eltérések láthatóak. A magasvérnyomás minden korcsoportban a leggyakoribb. 19-64 éves kor között második helyen a spondylopathiák szerepelnek, viszont 65 év felett az ischaemias szívbetegségek vannak. Harmadikként 65 éves kor alatt a lipoprotein-anyagcsere rendellenességek, míg 65 év felett a spondylopathiák fordulnak elő. (53. ábra)

53. ábra

A felnőttek főbb betegségcsoportjainak előfordulása korcsoport bontásban Jász-Nagykun-Szolnok megyében 2011 évben



Forrás: KSH